



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“TRIPLE NEURECTOMÍA POR INGUINODINIA CRÓNICA  
POSTERIOR A PLASTIA INGUINAL: REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: MARÍA JOSÉ SERRANO ARÉVALO**

**DIRECTOR: DR. JUAN CARLOS VERDUGO TAPIA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“TRIPLE NEURECTOMÍA POR INGUINODINIA CRÓNICA  
POSTERIOR A PLASTIA INGUINAL: REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: MARÍA JOSÉ SERRANO ARÉVALO**

**DIRECTOR: DR. JUAN CARLOS VERDUGO TAPIA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**María José Serrano Arévalo** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0107207961. Declaro ser el autor de la obra: "**Triple neurectomía por Inguinodinia crónica posterior a plastia inguinal: Reporte de caso**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 07 de marzo de 2024

F:  .....

**María José Serrano Arévalo**  
C.I. 0107207961

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Triple neurectomía por Inguinodinia crónica posterior a plastia inguinal: Reporte de caso**" realizado por **María José Serrano Arévalo** con documento de identidad No. **0107207961**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 07 de marzo de 2024

F: 

**Dr. Juan Carlos Verdugo Tapia**  
**DIRECTOR / TUTOR**

---

## **DEDICATORIA**

Este trabajo quiero dedicar en primer lugar a mi abuelita Livia, ella estuvo presente en mi vida universitaria desde el primer día del propedéutico, me fue a dejar para que no me pierda ni esté nerviosa, y dese ahí supo apoyarme y darme ánimos cuando más los necesitaba y nunca dejó de decirme que voy a ser una excelente doctora, palabras que llevo en mi corazón como mi motivación del día a día.

También quiero dedicarle a una persona muy especial para mí, mi ángel, el que me ha acompañado durante toda mi carrera y me ha dado la fuerza para seguir adelante, aunque físicamente no lo siento yo sé que gracias a él he podido dedicarme y llegar a donde estoy ahora. Manuel Orlando este trabajo es por y para ti, para demostrarte que he cumplido con mi promesa, espero que donde estés me sigas acompañando y dando la sabiduría para todos los años que tengo por delante. Te amo.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer primero a mis padres Andrea y Geovanny, quienes nunca me dejaron sola y gracias a ellos he llegado a esta etapa de mi vida, me han sabido entender y aconsejar en el momento oportuno y han sabido motivarme para lograr mis metas a pesar de las adversidades siempre me sostuvieron en mis momentos más vulnerables y en los que creía que no lo iba a lograr. Gracias por ser mi pilar fundamental.

También quiero agradecer a mi director de tesis, el Dr. Juan Carlos Verdugo, por haberme guiado en todo momento, resolver mis dudas y ayudarme en la realización de mi trabajo de titulación.

Y por último, quiero agradecer a mis hermanos que me regaló la U, mi Grupo Terrible, por siempre hacer que vaya más allá de mis límites y ayudarme a superar mis propios obstáculos, por levantarme cuando creía que no podía más y hacerme dar cuenta que en esta carrera pueden haber altos y bajos, pero con las personas correctas a tu lado se vuelve una carrera hermosa y más aún cuando escribimos nuestra historia juntos, por eso, Ana y Nicolás gracias por creer en mí y motivarme a ser un buen médico en el futuro.

## RESUMEN

**Antecedentes:** La hernia inguinal es una de las condiciones quirúrgicas más frecuentes para el cirujano general. Es una intervención con poco índice de complicaciones, una de ellas es el dolor crónico. La inguinodinia crónica es aquel que presenta síntomas de al menos 3 meses de evolución, en pacientes refractarios es necesario que se realicen una triple neurectomía inguinal para el alivio del dolor. Se han reportado un número limitado de casos sobre este procedimiento, de ahí la importancia de este trabajo de investigación.

**Reporte de caso:** Paciente femenina de 37 años, con antecedentes de hernia inguinal bilateral tratadas con plastia inguinal abierta hace 12 años y hace 5 años plastia laparoscópica por recidiva. Presentó dolor inguinal crónico refractario a terapia farmacológica administrada por 6 meses, más bloqueo de la zona sin presentar mejoría por lo cual se realizó triple neurectomía inguinal, aliviando la sintomatología del paciente.

**Resultados:** Si bien la hernia inguinal requiere una reparación sencilla no está exenta de complicaciones que pueden limitar la calidad de vida del paciente como lo es el dolor crónico. La inguinodinia crónica es la condición que más invalida al paciente y va más allá de ser una afectación física, de ahí la importancia de su tratamiento. En este trabajo de investigación se espera demostrar la eficacia y la fiabilidad de la triple neurectomía como tratamiento del dolor crónico en pacientes con antecedentes de plastia inguinal que han optado por tratamiento conservador farmacológico y de mínima invasión sin resultados favorables.

**Palabras clave:** *Conducto Inguinal, Dolor Crónico, Hernia Inguinal, Neuralgia, Neurectomía.*

## **ABSTRACT**

**Background:** Inguinal hernia is one of general surgeons' most common surgical conditions. It is a procedure with a low complication rate, which includes chronic pain. Chronic inguinodynia is characterized by the persistence of symptoms for at least three months, and in refractory patients, triple inguinal neurectomy is necessary for pain relief. The scarce reports on this procedure have highlighted the importance of this research work.

**Case Report:** A 37-year-old female patient with a history of bilateral inguinal hernia was treated with open inguinal repair 12 years ago and laparoscopic repair five years ago for recurrence. She presented with chronic groin pain refractory to pharmacological treatment administered for six months, along with a blockage of the area without improvement; therefore, a triple inguinal neurectomy was performed, relieving the patient's symptoms.

**Results:** Although an inguinal hernia requires a simple repair, it is not exempt from complications that can limit the patient's quality of life, such as chronic pain. Chronic inguinodynia is the most disabling condition for the patient and goes beyond being a physical ailment, hence the importance of its treatment. This research work aims to demonstrate the efficacy and reliability of triple neurectomy as a treatment for chronic pain in patients with a history of inguinal repair who have opted for conservative pharmacological and minimally invasive treatment without favorable results.

**Keywords:** *Inguinal Canal, Chronic Pain, Inguinal Hernia, Neuralgia, Neurectomy.*

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	7
<b>ABSTRACT</b>	8
<b>INTRODUCCIÓN</b>	10
<b>REPORTE DEL CASO</b>	12
<b>DISCUSIÓN</b>	17
<b>CONCLUSIONES</b>	21
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	22
<b>GLOSARIO</b>	24
<b>ANEXOS</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es una condición que afecta alrededor del 15% de la población a nivel mundial de las cuales el 60% se encuentra en la región inguinal (1). Se trata de una patología frecuente en adultos jóvenes y con mayor incidencia en hombres, hasta un 86% de las hernias se presentan en pacientes masculinos, sin embargo, hasta en un 3% se puede presentar en mujeres (2), de esta manera es importante tomar en cuenta las diferentes complicaciones que el paciente puede presentar debido a las distintas estructuras anatómicas que se exponen y rodean el área de la hernia inguinal, las cuales varían según el sexo del paciente. El porcentaje de complicaciones es bajo, con un porcentaje de 5.1% (3), entre las más frecuentes están: infección del sitio quirúrgico, recidiva y dolor crónico por lo que es necesario un seguimiento adecuado al paciente para controlar la presencia o no de estas complicaciones

El dolor inguinal crónico es la complicación más frecuente y a su vez la más grave ya que es difícil de diagnosticar ya que si bien la aparición del dolor es casi inmediata para definirlo como crónico debe ser mayor a 3 meses y causa molestias al paciente (3). pueden variar en localización e intensidad e incluso puede llegar a ser más incapacitante que la misma hernia, la prevalencia de Inguinodinia crónica esta entre el 5 y 15% (4). Los pacientes pueden experimentar varios síndromes dolorosos, sin embargo, la mayoría de ellos son de origen neurítico (5). Debido a que esta complicación crónica de las reparaciones inguinales es muy frecuente y temida por sus limitaciones en la calidad de vida de los pacientes es que existen varias opciones de tratamiento, la primera línea de acción es la administración de fármacos de acción central y periférica, y moduladores del dolor presentando una efectividad de hasta el 50% de los casos cuando existe una buena adherencia al tratamiento (6), el siguiente paso para tratar el dolor es el bloqueo regional de los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y rama genital del nervio genitofemoral con mejoría de la sintomatología entre el 11% y 19% (7). Pero existen pacientes que no responden de una manera correcta a este tratamiento por lo que hay otra

alternativa quirúrgica que es la triple neurectomía presentando una mejoría inmediata y completa de la sintomatología hasta en el 80%, dolor insignificante y transitorio sin deterioro funcional en el 15% (3,5).

La neurectomía se trata de una técnica quirúrgica que extirpa los tres nervios en un abordaje anterior abierto o laparoscópico (8), la cual últimamente ha sido utilizada para mejorar las complicaciones postquirúrgicas causadas por intervenciones para tratar hernias inguinales. Debido al aumento de prevalencia de dolor inguinal después de una cirugía de hernia y por el fracaso de medicación analgésica para la disminución del dolor, ha sido necesario realizar intervenciones en el quirófano ya que el riesgo-beneficio de la neurectomía de los nervios inguinales supera la mejoría del paciente antes que las complicaciones que puede traer la misma (9).

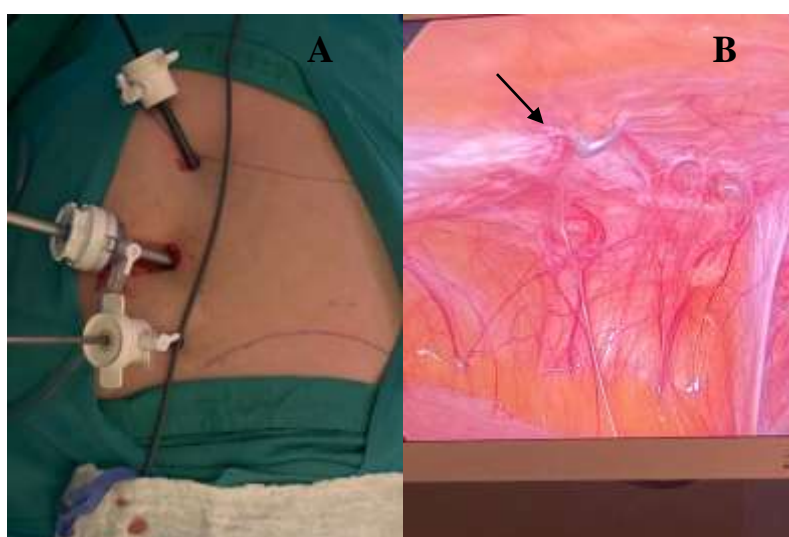
## REPORTE DEL CASO

Paciente femenina de 37 años deportista, con antecedentes hace 12 años de una protrusión a nivel inguinal bilateral en la que se realizó una hernioplastia inguinal bilateral abierta con aplicación de malla de polipropileno. Hace 5 años la paciente presenta recidiva de hernia inguinal izquierda en el que se realiza hernioplastia inguinal laparoscópica tipo TAPP unilateral, presentando en el postquirúrgico inmediato dolor de moderada intensidad que aumenta progresivamente y llega a limitar su actividad física y disminuye su calidad de vida, paciente acude por múltiples ocasiones a revisión médica para lo cual administran analgésicos que disminuyen parcialmente el dolor.

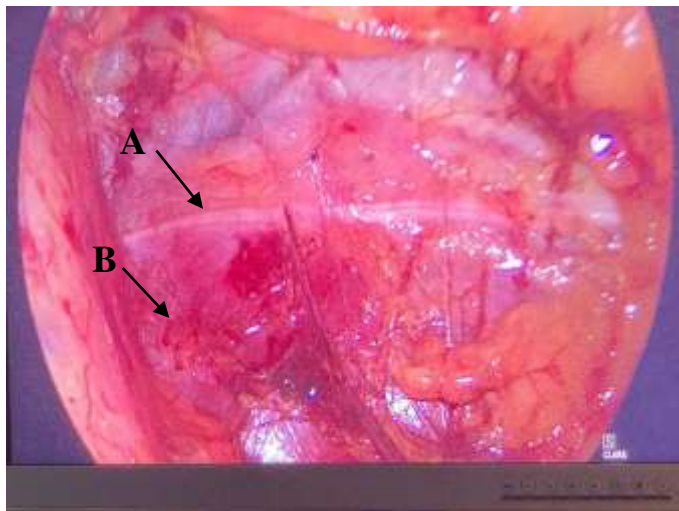
La paciente refiere que hace 12 meses acude al médico de cabecera debido a que aún persiste con molestias y dolor en la región inguinofemoral que le impedían realizar sus actividades cotidianas, el médico decide mandar tramadol más paracetamol de 37,5 mg/325mg cada 8h para aliviar el dolor a la paciente más pregabalina 75 mg cada 12 horas presentando mejoría de la sintomatología de manera parcial 50% aproximadamente.

Hace 9 meses la paciente refiere la recidiva del dolor y que la medicación ya no le hace efecto, es por eso que se decide enviar Etoricoxib a dosis de 90mg cada 24h asociado a pregabalina, pero la paciente no refiere mejoría, por lo que se decide realizar bloqueo regional de los nervios inguinales administrando bupivacaina más corticoide, presentando respuesta positiva a la sintomatología. Hace una semana la paciente acude nuevamente a consulta con un dolor neuropático en la región inguinofemoral indicando que el efecto del bloqueo disminuye paulatinamente, al examen físico se valoró la región inguinal para poder cerciorarse de que no presente una recidiva de la hernia inguinal, presentó dolor a la palpación superficial y profunda en región inguino-genital; se decide realizar una TAC en la que se pudo evidenciar material metálico en la región inguinal indicando la existencia de un procedimiento quirúrgico en la

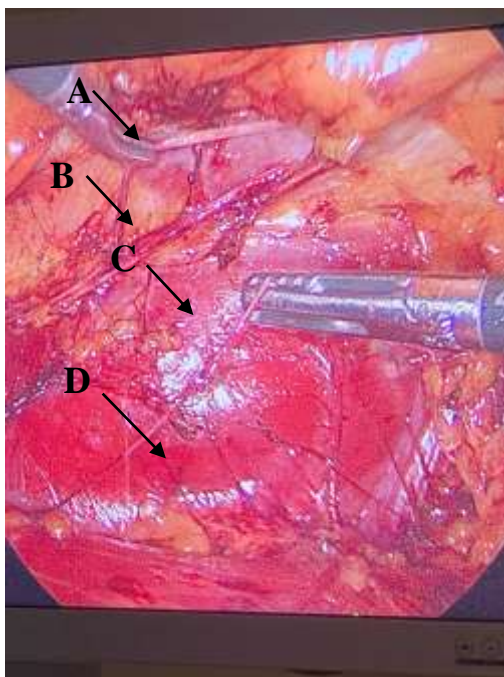
zona, sin embargo, esta no presentó alteraciones ni presencia de abultaciones, por lo que procedimos a realizar un mapeo sensitivo de los dermatomas, identificando que existe hiperestesia en zona de nervios ilioinguinal, iliohipogástrico. De esta manera, y debido a que la paciente fue refractaria a todas las terapéuticas farmacológicas, se decide realizar una neurectomía de los 3 nervios inguinales (genitofemoral, iliohipogástrico e iliofemoral) para mejorar el dolor de la paciente.



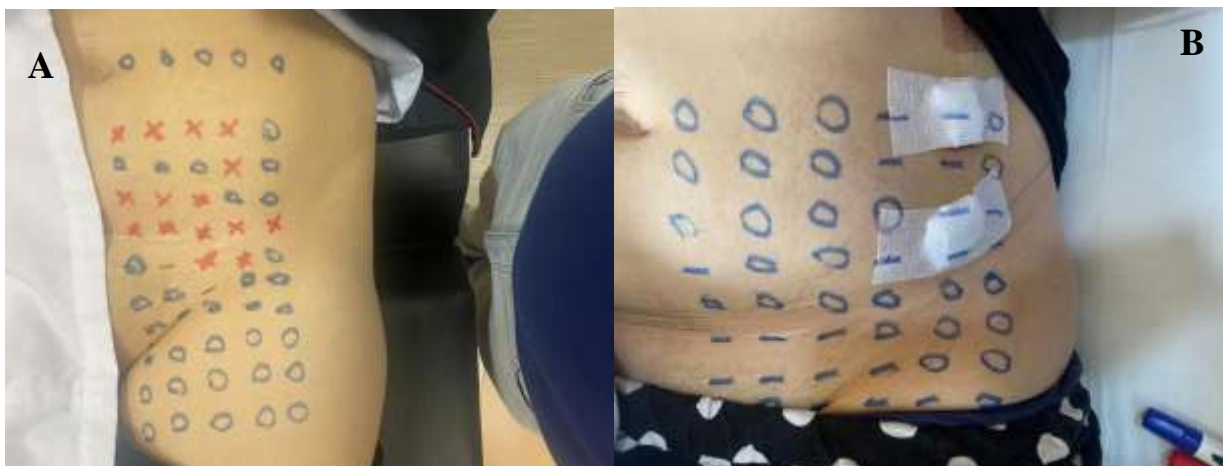
**Figure 1** Abordaje quirúrgico e Identificación de Material de fijación en zona de dolor: En la imagen A se puede observar el abordaje laparoscópico de la paciente demostrando el neumoperitoneo y los lugares de inserción de los trocares laparoscópicos por donde ingresarán los materiales utilizados en la cirugía. En la imagen B se puede evidenciar el material de fijación, lo que señala la flecha negra, el mismo que se encontraba en la zona de dolor y uno de los causantes de la inguinodinia. **Fuente:** Proporcionada por el médico tratante.



**Figure 2** *Espacio Preperitoneal: en la imagen se puede observar el espacio preperitoneal y distintas estructuras momentos antes de ser intervenido. La flecha A indica el nervio ilioinguinal antes de ser extraído. La flecha B señala el músculo Psoas (zona de coloración rojo intenso). Fuente: Proporcionada por el médico tratante.*

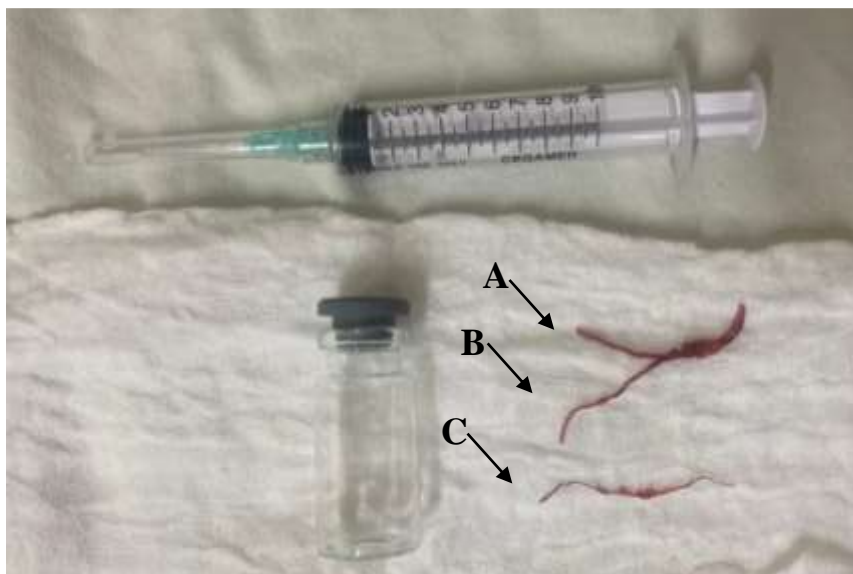


**Figure 3** Procedimiento Quirúrgico: En esta imagen se puede evidenciar las estructuras en estudio al momento que están siendo resecaadas con ayuda de instrumental quirúrgico laparoscópico, aquí se puede observar: A) nervio ilioinguinal, B) nervio iliohipogástrico, C) la rama genital del nervio genitofemoral y D) músculo psoas. **Fuente:** Proporcionada por el médico tratante.



**Figure 4** Mapeo de Dermatomas: La siguiente representación gráfica demuestra las zonas en la que la paciente sentía dolor, un procedimiento de mapeo por zonas de dermatomas que ayuda al médico cirujano a marcar las regiones en las que la paciente siente dolor y que le ayuda a determinar el recorrido nervioso que estas toman.

En la imagen A se evidencia el mapeo Prequirúrgico en que las "X" indican zonas donde la paciente tiene dolor, de esta manera se pudo observar que es una gran parte de la zona inguinal las cuales correspondían a los nervios anteriormente mencionados. Por otro lado, en la imagen B se aprecia un mapeo Postquirúrgico en el que se puede observar que las zonas que antes estaban señaladas con "X" rojas ahora tienen "O" azules, indicando ausencia de dolor en dichas regiones. **Fuente:** Proporcionada por el médico tratante.



**Figure 5** Nervios Extraídos: Después del abordaje quirúrgico, se muestran las estructuras extirpadas en una superficie esterilizada: A) nervio ilioinguinal, B) nervio Iliohipogástrico y C) nervio genitofemoral su rama genital. **Fuente:** Proporcionada por el médico tratante.

En el postoperatorio la paciente permanece en la sala de recuperación por 2h hasta que recupere su nivel de conciencia y se le mantiene ingresada por 24h para valorar complicaciones. Al día siguiente se mandó al paciente con paracetamol de 1gr por 3 días postoperatorio antes de volver a sus actividades diarias y para un control dentro de una semana y posteriormente después de 3 meses. La paciente tuvo una recuperación completa y rápida después de la intervención, así como una remisión completa del dolor inguinal y la supresión de la medicación recetada previamente para el dolor. Actualmente, la paciente lleva una vida normal, realiza actividad física sin limitaciones y ya se encuentra con medicación para el dolor, lo cual indica una mejor calidad de vida.

## DISCUSIÓN

El dolor crónico postoperatorio después de una reparación de hernia inguinal es de las complicaciones a largo plazo más frecuentes de este procedimiento quirúrgico la cual se vuelve incierta y se convierte en un reto al tratarse ya que existen varias maneras de abordar este padecimiento y no todos los pacientes responden de la misma manera. Se debe tener en cuenta que a pesar de que el dolor agudo postoperatorio también es de gran impacto después de una reparación de hernia, el dolor crónico tiene un mayor efecto en la vida de los pacientes ya que este afecta en su vida cotidiana y muchas veces impide la realización de actividades que antes se realizaban con normalidad. Es importante tener en cuenta que para poder diagnosticar dolor crónico postoperatorio es necesario que el paciente refiere que lleva al menos 3 meses consecutivos con dolor después de la hernioplastia realizada, en caso de que el dolor haya aparecido 3 meses posterior a la reparación de hernia inguinal se deben esperar 3 meses más para poder dar un diagnóstico de dolor crónico (10).

En un estudio realizado en el 2023 menciona que alrededor del 10% al 15% de personas que se sometieron a una cirugía de reducción de hernia inguinal presentaron dolor crónico independientemente del tipo de cirugía y las técnicas utilizadas, como tratamiento inicial se consideraron medidas no-quirúrgicas donde aparte de la medicación también se incluyó terapia física y cognitiva, mostrando una mejora en la minoría de los pacientes y llegando a ser esta poco relativa (11). Según Falzone U et al. (8) comentan que la incidencia de dolor crónico posterior a una hernia inguinal es cerca del 28% de pacientes que se someten a una hernioplastia tanto abierta como laparoscópica, es posible que los pacientes presenten distintos grados de afección en la zona inguinal, sin embargo, el dolor es lo suficientemente severo como para incapacitar en la realización de sus actividades diarias; mencionaron también que hoy en día su tratamiento es netamente quirúrgico. En el estudio de De la Fuente A et al. (12) mencionaron que tanto el diagnóstico como el manejo son difíciles de realizar, pero una vez localizado el

dolor se puede proceder con una neurectomía para así evitar que existan recidivas tanto agudas como crónicas del dolor y permite al paciente una recuperación óptima y sin problemas para regresar a realizar sus actividades diarias. A pesar de que existan varias opciones de tratamiento para el dolor cónico, es necesario tener en cuenta que la cirugía es el que va a presentar menor tasa de recidiva y permitirá una mejora a largo plazo del paciente, sin embargo; terapias alternativas son tomadas en cuenta en casos en los que el dolor crónico se debe a fármacos o bloqueos nerviosos y permite al paciente mejorar su estilo de vida.

La técnica de reparación de la hernia y la cirugía para tratar el dolor crónico se han vuelto controversiales al momento de analizar las recidivas de las mismas en cada paciente. Según Qiang Hu et al. (13) revelaron que las intervenciones realizadas consistían en la conservación o no del nervio ilioinguinal para que aún exista estesia en la zona inguinal del paciente, sin embargo; la incidencia del dolor crónico en el primer día posterior a la intervención fue menor en los pacientes a los que se les realizó una triple neurectomía completa en comparación con el grupo en el que se preservó el nervio ilioinguinal, incluso la sensación de adormecimiento y hormigueo fue menor en aquellos pacientes en los que se realizó una neurectomía completa. Por otro lado, en el estudio de Taha-Mehlitz S et al. (14) estudiaron una aproximación endoscópica para la intervención del dolor crónico en pacientes en los que se practicó una hernioplastia inguinal evidenciando que esta intervención daba resultados similares a las técnicas utilizadas anteriormente, permitiendo que el tiempo de recuperación en los pacientes sea menor y que el resultado sea el mismo, se debe mencionar que en esta técnica quirúrgica la neurectomía completa es la elección para de esta manera evitar las recidivas postcirugía y garantizar el alivio inmediato al dolor posterior a la intervención, si bien esta técnica aún sigue siendo estudiada debido a un limitado reporte de experiencias, esta ha demostrado ser una buena alternativa. En el 2021 en un estudio realizado por Bara KB et al. (15) determinaron que el rol de la neurectomía posterior a una reparación de hernia inguinal era fundamental en aquellos

casos en los que el paciente presentaba dolor crónico, sin embargo; en algunos casos se decide conservar parte de los 3 nervios implicados en la triple neurectomía (ilioinguinal, genitofemoral y el iliohipogástrico) ya que la técnica utilizada consiste en retirar la malla de material protésico para aliviar la compresión o el daño provocado hacia los nervios antes mencionados y realizar una neurectomía parcial, se debe tener en cuenta que la recidiva en estos casos es mayor, tanto del dolor crónico como de la hernia inguinal. Las distintas formas de abordaje quirúrgico para tratar la inguinodinia incluyen un sinnúmero de procedimientos ya sea abiertos o laparoscópicos, pero se debe tener en cuenta al ser una condición discapacitante para el paciente, el abordaje que se vaya a realizar, debe garantizar una mejoría casi total al paciente, es por eso que se prefiere una triple neurectomía a que se conserven los nervios, debido al riesgo de recidivas que este presenta y las complicaciones que puede conllevar la misma.

Debido a que la triple neurectomía es una técnica quirúrgica que se ha implementado recientemente existen varias intervenciones que demostrarían su efectividad y el avance que esta ha tenido a lo largo del tiempo. En un estudio Gutiérrez G et al. (16) hicieron una descripción retrospectiva sobre el uso de robots para la asistencia en la cirugía de extirpación de nervios demostrando una mejor aproximación y menor tiempo de recuperación en pacientes con inguinodinia. A pesar de que las intervenciones quirúrgicas son el método standard para tratar dolor crónico, se han estudiado técnicas farmacológicas como adyuvancia a estas intervenciones y también para los pacientes, según Korkusuz M et al. (17) evaluaron el uso de dexametasona intravenosa como analgésico para evitar el dolor crónico postoperatorio, especialmente bloqueando los nervios ilioinguinal e iliohipogástrico, esta técnica demostró ser muy efectiva disminuyendo la recidiva de dolor y también el número de pacientes que necesiten tramadol postoperatorio como tratamiento del dolor, logrando acortar el tiempo de recuperación y evitando complicaciones tanto a corto como largo plazo. Al tratarse de una condición difícil de tratar, se pudo evidenciar que el juntar dos terapias se consigue un mejor resultado y menor

número de complicaciones y recidivas para los pacientes, evitando el uso de dosis altas de opioides y tratamientos invasivos a lo largo de la condición.

## CONCLUSIONES

El dolor crónico es una condición que a más de afectar físicamente al paciente esta puede interferir en su estado de ánimo, sus actividades diarias y su salud psicológica, de ahí la importancia de un tratamiento oportuno y un diagnóstico certero. Se debe tener en cuenta que cada paciente es diferente y por lo tanto este tolerará ciertos tratamientos enfocados en conservar su sensibilidad en la región inguinal, sin embargo; la triple neurectomía ha demostrado ser eficiente para el tratamiento de dolor crónico ya que evita la recidiva del mismo y mejora inmediatamente los síntomas del paciente. Se recomienda siempre acudir a un especialista para que de esta manera se puedan tomar en cuenta distintos tratamientos tanto invasivos como no invasivos y así mejorar la calidad de vida de cada paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno-Egea A, Borrás Rubio E. Neurectomía laparoscópica transabdominal retroperitoneal, selectiva y ambulatoria, para tratar el dolor neuropático inguinal refractario. *Rev Hispanoam Hernia*.2014;2(2):67-71.
2. Obregón Méndez JG, Maldonado García EL, Decanini Terán CÓ, Vega de Jesús M, López Yerena I. Tratamiento laparoscópico en atrapamiento del nervio ilioinguinal como causa de dolor agudo incapacitante: Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Cirugía Endosc*. 2020;21(3):158-62.
3. Cevallos V, Esteban P. Caracterización de las complicaciones de la hernioplastia inguinal convencional VS laparoscópica Hospital IESS Riobamba 2021. Universidad Nacional de Chimborazo; 2022.
4. Llanos G, Kevin LJ. Intensidad de la inguinodinia post neurectomía comparada con neuro preservación en hernioplastia Lichtenstein por hernia inguinal no complicada. Universidad Privada Antenor Orrego; 2022.
5. Hernández Granados P. Dolor crónico tras cirugía de la hernia inguinal. *Cirugía Española*.2010;87(4):199-201.
6. Moreno Egea A, Moreno Latorre A. ¿Triple neurectomía o neurectomía selectiva en el abordaje laparoscópico del dolor inguinal crónico? Respuesta anatómicoquirúrgica. *Rev Hispanoam Hernia*. 2019;7(1):35.
7. Medina Velázquez R, Marchena Gómez J, Luque García MJ. Dolor inguinal crónico posquirúrgico. Una revisión narrativa. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2021;99(2):80–8.
8. Falzone U, Santonocito C, Zanghì MG, Rinzivillo N, Provenzano D, Sapienza E, Basile F, Zanghì G. Neuropathic inguinal pain: neurectomy associated with open prosthetic hernioplasty for the prevention of post-operative pain. *Ann Ital Chir*. 2022;93:377-84.
9. Vacca, Jr VM. Hernia inguinal. La lucha contra la profusión. *Nurs (Ed Española)*. 2018;35(2):26-33.
10. Bouhassira D. Neuropathic pain: Definition, assessment and epidemiology. *Rev Neurol (Paris)*. 2019;175(1-2):16-25.
11. Krpata DM. Management of Chronic Postoperative Inguinal Pain. *Surg Clin North Am*. 2023;103(5):889-900.
12. De la Fuente Hagopian A, Guadarrama-Sistos Vazquez S, Farhat S, Reddy NK, Trakhtenbroit MA, Echo A. The emerging role of MRI neurography in the diagnosis of chronic inguinal pain. *Langenbecks Arch Surg*. 2023;408(1):319.

13. Hu Q, Du YX, Wang DC, Yang YJ, Lei YH, Wei J. Efficacy and safety of ilioinguinal neurectomy in open tension-free inguinal hernia repair: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Surg.* 2023 ;226(4):531-41.
14. Taha-Mehlitz S, Taha A, Janzen A, Saad B, Hendie D, Ochs V, Krähenbühl L. Is pain control for chronic neuropathic pain after inguinal hernia repair using endoscopic retroperitoneal neurectomy effective? A meta-analysis of 142 patients from 1995 to 2022. *Langenbecks Arch Surg.* 2023 Jan 18;408(1):39. doi: 10.1007/s00423-022-02748-6. Erratum in: *Langenbecks Arch Surg.* 2023;408(1):92.
15. Bara BK, Mohanty SK, Behera SN, Sahoo AK, Agasti S, Patnaik S, Swain SK. Role of Neurectomy in Inguinodynia Following Hernioplasty: A Randomized Controlled Trial. *Cureus.* 2021;13(12):e20306.
16. Gutiérrez Carrillo G, Garcia Sanz M, de Arriba Alonso M, Gutiérrez Fernandez A, Alonso Prieto MÁ. Robot-assisted laparoscopic triple neurectomy for chronic inguinal pain: Description of the technique, our experience and preliminary results. *Actas Urol Esp (Engl Ed).* 2023;47(9):605-10. English, Spanish.
17. Korkusuz M, Basaran B, Et T, Bilge A, Yarimoglu R, Kurucay Y. The effects of dexamethasone added to ilioinguinal/iliohypogastric nerve (IIN/IHN) block on rebound pain in inguinal hernia surgery: a randomized controlled trial. *Hernia.* 2023;27(6):1571-80.

## **GLOSARIO**

**Hernia Inguinal:** Eventración de una víscera abdominal, por lo general el intestino delgado a través del conducto inguinal.

**Hernioplastia:** Intervención quirúrgica para el tratamiento de una hernia en la que su propósito es reducir su contenido, utiliza material protésico como malla o tapón para poder cerrar el defecto herniario y evitar tensión de los tejidos circundantes

**Herniorrafia:** Procedimiento quirúrgico de una hernia en la que la reparación de su defecto herniario se consigue mediante la sutura directa de sus bordes.

**Neuralgia:** Dolor en el trayecto de cualquier nervio, puede presentarse de forma paroxística o intermitente, en ambos casos tiene características de dolores neuropático y se acompaña de parestesias o alteraciones en la sensibilidad.

**Inguinodinia:** Es el dolor inguinal crónico posquirúrgico, es un dolor de nueva aparición o de características distintas a la de un dolor preoperatorio, este persiste más de 3 meses e interfiere en la calidad de vida del paciente.

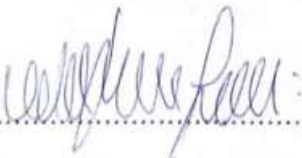
**Mapeo por Dermatomas:** Prueba diagnóstica para el abordaje de pacientes con inguinodinia que consiste en localizar el recorrido del nervio que se encuentra afectado mediante un objeto puntiagudo para generar sensibilidad en la zona y poder identificar las partes que presenten hiperestesia.

**Neurectomía:** Extirpación quirúrgica ya sea total o parcial tanto de uno como de varios nervios.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**María José Serrano Arévalo** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0107207961**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Triple neurectomía por Inguinodinia crónica posterior a plastia inguinal: Reporte de caso**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **07 de marzo de 2024**

F: .....  .....

**María José Serrano Arévalo**  
C.I. **0107207961**