

Hospital Universitario «Manuel Fajardo»

Neuralgia postoracotomía. Relación con la incisión quirúrgica

**Dra. Vivian Revilla Rodríguez,¹ Dr. Orestes N. Mederos Curbelo,² Dr. Carlos A. Romero Díaz,³
Dr. Juan C. Barrera Ortega⁴ y Dr. Alexis Cantero Ronquillo⁵**

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo con 166 pacientes a los que se realizaron intervenciones torácicas y se analizó la neuralgia después de la toracotomía atendiendo al tipo de incisión realizada. Para evaluar el dolor se utilizó una clasificación formada por tres grupos (A, B y C), que fue creada por el colectivo de autores. El objetivo fue relacionar el tipo de incisión con la neuralgia intercostal posquirúrgica. En el 85 % de las toracotomías posterolaterales con resección costal, el dolor fue ligero y en el 7,5 % fue moderado o intenso. Cuando se practicó la incisión sin resección costal, el dolor fue ligero en el 94 % de los casos y moderado, en el 6 %. En las incisiones anterolaterales y axilares, el dolor fue ligero en el 88 % y el 94 %, respectivamente. En la esternotomía media el 100 % de las neuralgias fueron ligeras. Todos los pacientes presentaron neuralgia de diferente intensidad después de la toracotomía, sin embargo en las incisiones posterolaterales y anterolaterales fue más relevante la neuralgia intercostal. En los abordajes axilares y en la esternotomía, la intensidad del dolor disminuyó. Cuando se realizan resecciones costales el dolor se acentúa tras la intervención torácica.

Palabras clave: Toracotomía, neuralgia.

La toracotomía es una de las incisiones quirúrgicas que más producen dolor, incluso es relativamente frecuente el dolor crónico después que esta se realiza. Por otro lado, en la cirugía torácica es esencial que en el postoperatorio el paciente pueda respirar espontáneamente y expectorar con facilidad, para prevenir así las secreciones, atelectasias e infecciones pulmonares, las cuales se minimizan por la presencia del dolor.

Múltiples han sido las medidas para contrarrestarlo, desde anestésicos locales, estimulación eléctrica transcutánea del nervio, analgésicos no esteroides de diferentes tipos y catéteres intrapleurales y extrapleurales, la crianalgesia, el bloqueo intercostal y los catéteres peridurales.¹⁻⁶ Es nuestro objetivo ofrecer nuestras observaciones con relación a la modificación del dolor según el tipo de toracotomía realizada, cuando se han seguido en todos los casos patrones de conducta similares.

MÉTODOS

Se realiza un estudio con todos los pacientes a los que se practicó una toracotomía en el Hospital Universitario «Manuel Fajardo» durante el período de 1995 al 2003. Se evaluó la presencia de la neuralgia postoracotomía y los parámetros para ellos fueron el tipo de incisión, la realización de resección costal o no y su vinculación con el tiempo de duración. Se excluyeron los pacientes en los que se realizaron ventanas torácicas por empiema pleural, biopsias pleuropulmonares y también a los pacientes fallecidos en los 6 meses posteriores a la intervención quirúrgica. El universo final de trabajo fueron 166 pacientes.

Al evaluar el dolor tras la toracotomía (neuritis posquirúrgica intercostal) se omitió el análisis de la alcoholización de los nervios intercostales y los bloques peridurales utilizado en todos los casos. El dolor postoracotomía fue evaluado mediante la clasificación siguiente:

- (A) Dolor ligero, que dura menos de un mes y responde al tratamiento con analgésicos orales.
- (B) Dolor moderado que se prolonga más de un mes y se llega a utilizar analgésicos intramusculares.
- (C) Dolor intenso, que se prolonga más de un mes y requiere bloqueos para su eliminación.

Toda la información se encuentra en los protocolos de investigación aprobados por el Consejo Científico del hospital. El seguimiento se realizó en la consulta del Grupo de Cirugía Torácica. La información recogida en las planillas de control fue introducida en una base de datos confeccionada en *Microsoft Access 97* y el procesamiento de esta se efectuó con el paquete estadístico *Microsta*.

RESULTADOS

El dolor postoracotomía estuvo presente en todas las intervenciones quirúrgicas realizadas mediante toracotomías por las diferentes vías de abordaje. En la incisión posterolateral, realizada a 64 pacientes, se presentaron particularidades con relación a la conducta adoptada con las costillas. Ello ocurrió en un primer grupo conformado por 27 pacientes a quienes se resecó un arco costal. La neuralgia fue ligera en el 85 % de los pacientes, moderada en el 7,5 % y los otros 2 pacientes presentaron un dolor más intenso y duradero que requirió bloqueos regionales. En el grupo en el que no se realizó la resección costal, el 94 % presentó neuralgia temporal ligera y el 6 % moderada. El tercer grupo, donde se seccionaron los arcos costales solamente en la porción posterior, todos los pacientes presentaron dolor ligero (tabla 1). Esta incisión fue utilizada en procesos neoplásicos y supurativos de pulmón y pleura.

Tabla 1. *Incisión posterolateral y dolor (64 pacientes)*

Número de pacientes	Distribución del dolor
---------------------	------------------------

	A	B	C
Resección costal (27)	23 (85 %)	2 (7,5 %)	2 (7,5 %)
Sin resección costal (33)	31 (94 %)	2 (6 %)	-
Sección de los arcos (4)	4 (100 %)	-	-

Fuente: Controles del Grupo de Cirugía Torácica.

Cuando se utilizó la incisión anterolateral predominaron los pacientes con neuralgia ligera y temporal en el 88 % y en el grupo de dolor moderado, en el 12 % (tabla 2). Por esta vía fueron operados tumores de esófago y de pulmón, supuraciones pleurales y pulmonares, heridas por arma blanca y hernias hiatales.

Tabla 2. *Incisión anterolateral y dolor (33 pacientes)*

Número de pacientes	Distribución del dolor		
	A	B	C
33	29 (88 %)	4 (12 %)	-

Fuente: Controles del Grupo de Cirugía Torácica.

Cuando la incisión fue axilar la situación resultó similar a lo que aconteció con la incisión anterolateral. El 94 % de los 64 pacientes operados por esta vía presentó neuralgia ligera y el 6 %, dolor moderado (tabla 3). Las afecciones operadas por esta vía fueron los neumotórax persistentes y recidivantes, las bullas enfisematosas y las vaguectomías incompletas.

Tabla 3. *Incisión axilar y dolor (64 pacientes)*

Número de pacientes	Distribución del dolor		
	A	B	C
64	60 (94 %)	4 (6 %)	-

Fuente: Controles del Grupo de Cirugía Torácica.

En los 5 pacientes con intervenciones quirúrgicas mediante esternotomía media, el dolor tras la toracotomía fue ligero y temporal (5 pacientes, 100 %). Por esta vía se operaron un bocio endotorácico verdadero, un quiste pericárdico celómico y pericarditis constrictivas.

DISCUSIÓN

El dolor postoracotomía por neuritis intercostal estuvo presente en la generalidad de los pacientes y fue de diferente magnitud, lo que demuestra que es un serio problema por resolver.^{1,2} Es significativo que la mayor frecuencia e intensidad del dolor se registrara en las toracotomías posterolaterales y anterolaterales, a diferencia de la vía axilar y la esternotomía media, que fueron mejor toleradas por los pacientes. En nuestra experiencia, la resección costal acentúa la permanencia del dolor y hace más compleja su solución. Pensamos que cuando es imprescindible una mayor exposición la sección de los arcos costales posteriores ayudaría a este objetivo con menor repercusión dolorosa en el postoperatorio, aunque la muestra del estudio de solo 4 pacientes tratados mediante esta estrategia quirúrgica nos limita a emitir criterios concluyentes. En nuestro inicio siempre realizábamos en el cáncer de pulmón y las supuraciones pulmonares una incisión posterolateral con resección costal.

En la actualidad tratamos de evitar la resección costal de ser posible y realizamos una apertura lenta con el separador de Finochietto junto a la administración progresiva de relajantes por el anestesista. Aunque varios estudios han logrado resultados favorables mediante la criolisis intercostal,⁷ estos son temporales y solo condicionan la disminución de la dosis de los analgésicos postoperatorios. A finales de 1988 eliminamos los puntos pericostales en 2 pacientes pues pensábamos que estos podían influir en la presencia del dolor tras la toracotomía. En realidad la situación no varió y la estabilidad de la pared torácica no fue buena. En estos momentos consideramos que aumentar exageradamente la tensión de estos sí influye en el dolor y se debe solamente afrontar las estructuras con puntos pericostales (máximo 4). La experiencia del uso de catéter intrapleural no demostró solucionar este problema.

Pensamos que es recomendable el uso de bloqueos peridurales, pues atenúan la intensidad del dolor y contribuyen a la dinámica respiratoria, pero es importante considerar que este no es un procedimiento permanente.^{3,4} Mantenemos el criterio de que la resección costal y la compresión exagerada y mantenida sobre las costillas son los elementos más importantes en este problema y que si se minimiza con una alcoholización adecuada de los nervios y un catéter peridural temporal los resultados son mejores.^{3,6} En comunicación personal con el Profesor Titular y Doctor en Ciencias Médicas Edy Frías Méndez, Jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario «Calixto García», este manifestó no tener problemas con el dolor postorácico a pesar de resecar los arcos costales cuando se ligan ambos extremos nerviosos a nivel de la resección costal.

Conclusiones

- En todos los pacientes que se le realizó toracotomía por cualquier vía estuvo presente la neuralgia intercostal de diferente intensidad.
- En la incisión posterolateral seguida por la anterolateral fue más relevante la neuralgia postoracotomía. En los abordajes quirúrgicos por vía axilar y esternotomía media disminuyó la intensidad del dolor.
- Al realizar resecciones costales se acentuó la persistencia del dolor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Katz J, Jackson M, Kavanagh B. Acute pain after thoracic surgery predicts long-term post-thoracotomy pain. *Clin J Pain*. 1996; 12(1):50-5.
2. Kavanagh B, Katz J, Sandler AN. Pain control after thoracic surgery. A review of current techniques. *Anesthesiology*. 1994; 81:737-59.
3. Meyer RA, Campbell JN, Raja SN. Peripheral neural mechanisms of nociception. In: *Textbook of Pain* (P.D. Wall and R. Melzack, eds). USA: Churchill Livingstone; 1994. pp 13-44.
4. Rice ASC. The pathophysiology of acute pain. In *Highlights in Pain Therapy and Regional Anesthesia VI* (A Van Zundert eds.). USA: ESRA Permanger Publications; 1997. pp. 222-47.
5. Woolf CJ. Central mechanisms of acute pain. *Proceeding of the Vith World Congress on Paris* (M R Bond, J E Charlton and CJ Woolf eds). USA: Elsevier Science; 1991. pp. 25-34.
6. Woolf CJ, Chong MS. Pre-emptive analgesia: Treating post-operative pain by preventing the establishment of central sensitization. *Anesth Analg*. 1993; 77:362-79.
7. Aliaga FL, Lbrind A, Vidal J. Criolisis intercostal para el alivio del dolor post toracotomía. *Rev Esp Anestesia y Rean*. 1985; 32: 6-24.

Recibido: 29 de julio de 2005. Aprobado: 12 de diciembre de 2005.

Dra. Vivian Revilla Rodríguez. Calle 29 y Zapata, Vedado. Municipio Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana, Cuba.

Correo electrónico: vivian.revilla@infomed.sld.cu

¹**Especialista de I Grado en Cirugía General. Diplomado en Terapia Intensiva.**

²**Especialista de II Grado en Cirugía. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular.**

³**Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Asistente. Diplomado en Terapia Intensiva.**

⁴**Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.**

⁵**Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.**