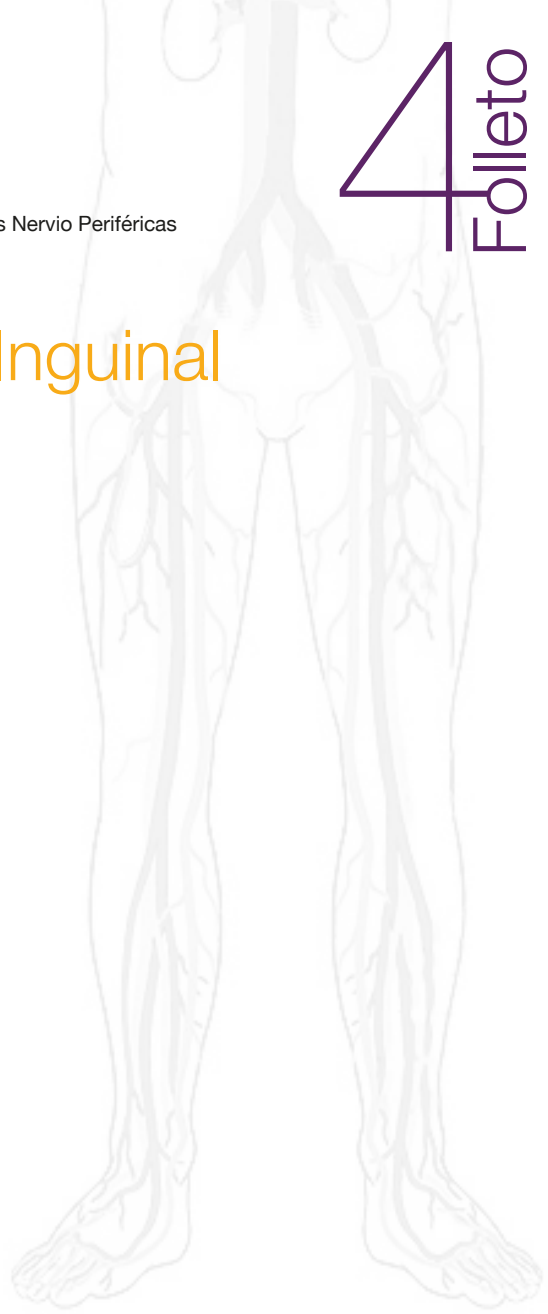


Colección de Folletos de Patologías Nervio Periféricas

Síndromes Dolorosos Inguinal

4
Folleto



Sus molestias son:

Dolor, adormecimiento o quemazón en la pared abdominal inferior y/o en el área del vello púbico, en la parte interna del muslo, escroto/ testículo en el hombre, labios mayores o menores en las mujeres, la parte frontal o costado del muslo.

Dolor a nivel rectal, vagina o pene tienes relación con problemas del nervio pudiendo y no se encuentran incluidos en este Brochure.

¿Qué causa sus molestias?

Pequeños nervios (nervio inguinal, iliohipogástrico y genitofemoral) hacia la piel de la ingle se encuentran atascados en una cicatriz de una cirugía previa y han formado dolorosos neuromas (ver el dibujo).

Un nervio grande (femoral lateral cutáneo) en el frente y la parte lateral de la cadera se encuentra atrapado cerca a la parte frontal del hueso de la cadera, causando adormecimiento/dolor. (Ver el área azulada de la figura).

Tratamiento NO Quirúrgico

Cambiar sus actividades así usted no se sentará sobre sus caderas totalmente flexionadas: trate de sentarse con la pierna en donde causa el dolor un poco más hacia adelante.

Evite realizar sentadillas o ejercicios que requieras una rotación del torso, como por ejemplo golf.

Asegúrese de haber tenido una evaluación médica completa por hernias recurrentes o problemas intraabdominales.

Asegúrese de haber tenido una evaluación urológica completa por infecciones, tumores o bloqueos del flujo urinario.

Asegúrese de haber tenido una evaluación ginecológica completa por infecciones, tumores, cistitis o endometriosis.

Haber tenido rehabilitación física dirigida hacia el estiramiento y masaje a nivel de la cicatriz.

Probar medicación para el dolor o neuropáticos.

¿Cuándo deberá someterse a cirugía?

Cuando los síntomas de dolor en su cadera o ingle no han aliviado con el uso de medicamentos, no existe otras causas para sus síntomas que un neuroma doloroso o atrapamiento nervioso.

Cuando las pruebas neurosensoriales (PSSD) han documentado un problema nervioso sensitivo en la piel de la ingle.

¿En qué consiste la cirugía?

La cirugía toma alrededor de una hora en cada lado.

Esta cirugía es ambulatoria.

Una incisión de aproximadamente 2 centímetros se realizará cerca del hueso de la cadera, en donde los nervios pueden ser identificados en tejido que no ha sido manipulado previamente.

Para los nervios ilioinguinal, iliohipogástrico y genitofemoral, en donde usualmente encontraremos un neuroma doloroso, uno o mas nervios son removidos, dejando un área adormecida en el abdomen bajo, región púbica o parte interna del muslo.

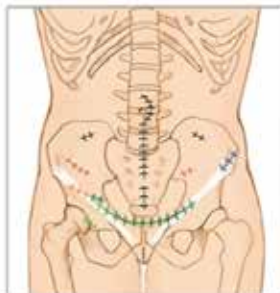
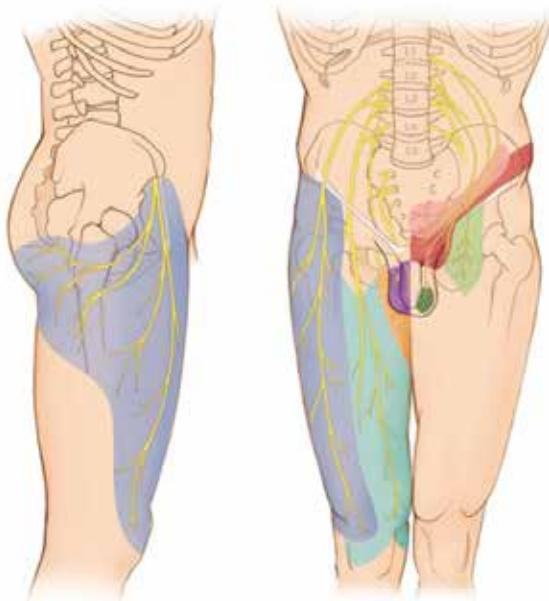
Para el nervio femoral lateral cutáneo del muslo, usualmente ubicado en el ligamento inguinal, el mismo que es liberado restaurando la sensibilidad del frente y región lateral del muslo.

Anestesia local es colocada en la piel, así que la ingle y/o el muslo estarán adormecidos por unas horas, pero posteriormente un leve dolor aparecerá luego de la cirugía. La ingle permanecerá adormecida porque los nervios han sido removidos.

Una bolsa con hielo será aplicada por aproximadamente dos horas.

Usted podrá caminar y sentarse con normalidad inmediatamente luego de la cirugía y realizar actividades diarias normalmente.

Relación de Cirugías Previas (Cicatrices) con los Nervios Regionales



- lateral femoral n.
- anterior femoral n.
- iliohypogastric n.
- ilioinguinal n.
- genital br., genitofemoral n.
- femoral br., genitofemoral n.
- obturator n.
- pudendal n.

¿Cuáles son los riesgos de la cirugía?

El abordaje utilizado para el tratamiento de las patologías en el tratamiento de los dolores inguinales de origen nervioso ofrece los mejores resultados de alivio de sus síntomas. Siempre existirá un riesgo relacionado con cualquier procedimiento quirúrgico, así como el uso de anestesia, sangrado o infección.

Complicaciones propias del procedimiento de la ingle son:
Naturaleza impredecible del proceso de cicatrización (formación de cicatriz).

Áreas de adormecimiento en el abdomen bajo, ingle. Sensación de quemazón en el muslo en la parte frontal o lateral durante la regeneración nerviosa que puede durar hasta 6 meses.

Necesidad de remover en una segunda cirugía el nervio genitofemoral, si no ha sido removido en la primera.

Necesidad de una segunda cirugía para remover el nervio femoral lateral cutáneo si no existe alivio del dolor luego de la descompresión en la primera cirugía.

¿Quién debería realizar esta cirugía?

Los cirujanos quienes recibieron entrenamiento en el Instituto de Cirugía de Nervio Periférico tienen el más alto nivel de entrenamiento y experiencia al realizar esta cirugía, ofreciéndole a usted una mayor tasa de éxito.

Bibliografía

- Mackinnon, S.E., Dellon, A.L.: Surgery of the Peripheral Nerve, Chapter 13, pp 320-336, Thieme Pub., New York, N.Y., 1988.
- Dellon AL: Entrapment of the deep peroneal nerve on the dorsum of the foot. Foot and Ankle 11:73-80, 1990
- Mont MA, Dellon AL, Chen F, Hungerford MW, Krackow KA, Hungerford DH: Operative treatment of peroneal nerve palsy. J Bone Joint Surg 78A:863-869, 1996.
- Tassler PL, Dellon AL: Pressure perception in the normal lower extremity and in tarsal tunnel syndrome. Muscle Nerve 19:285-289, 1996.
- Dellon AL, Ebmer J, Swier P:Anatomic variations related to decompression of the common peroneal nerve at the fibular head.Ann Plast Surg, 48: 30-34, 2002.
- Rosson GD, Dellon AL: Entrapment of the Superficial Peroneal Nerve, Clinical Orthop Rel Res, 438:248-252, 2005.
- Dellon AL: Post-arthroplasty palsy and systemic neuropathy:A peripheral nerve management Algorithm,submitted Annals Plast Surg, 55:638-642, 2005.