



Factores predictores de dolor crónico postquirúrgico

Dr. Guillermo Aréchiga-Ornelas,* Dr. José Emilio Mille-Loera,** Dr. José Manuel Portela-Ortiz***

* Jefe del Servicio de Dolor Hospitalario, Hospital General de Occidente, Guadalajara, Jal.

** Subdirector de Servicios Médicos, Instituto Nacional de Cancerología, México. *** Anestesiólogo, Hospital Ángeles del Pedregal, México, D.F.

INTRODUCCIÓN

Uno de los potenciales resultados adversos posterior a la cirugía es la aparición de dolor crónico postquirúrgico que en ocasiones se le ha denominado como neuralgia postquirúrgica. El análisis de los factores predictivos y patológicos es muy importante para desarrollar estrategias de prevención y manejo de este problema que no es del todo conocido, no sólo en su fisiopatología sino en su epidemiología.

Idealmente los estudios sobre dolor crónico postquirúrgico incluirán:

1. Suficientes datos preoperatorios sobre la evaluación del dolor, factores de riesgo fisiológico así como el psicológico.
2. Descripción detallada de los abordajes utilizados sobre localización y tipo de incisión quirúrgica, el manejo de tejidos, músculos, y nervios.
3. La intensidad del carácter del dolor agudo postoperatorio y su manejo
4. Períodos de seguimiento a intervalos de un año o más⁽¹⁻⁴⁾.

Es también claro que existe una variabilidad en la incidencia de dolor crónico entre los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos de por ejemplo: 11.5% para la hernia inguinal al 47% en cirugía torácica.

Los factores de riesgo se han dividido dentro de tres categorías:

- 1 Factores preoperatorios
- 2 Factores intraoperatorios
- 3 Factores postoperatorios

El dolor preoperatorio es un factor predictor de dolor crónico postamputación, mama fantasma, y dolor abdominal no cólico en la colecistectomía.

El daño a nervios es un factor intraoperatorio que contribuye a dolor crónico postoperatorio, definido como aquel que dura más de un mes posterior a la cirugía. Los pacientes que sufren de una toracotomía anterior tienen menos probabilidad de sufrir disfunción de nervios intercostales; por otro lado, la neuralgia intercostobraquial está asociada con daño de esos nervios y el preservar éstos durante la cirugía tiene una menor incidencia de dolor.

Uno de los factores predictivos más fuertes de dolor postoperatorio es la severidad del dolor agudo postoperatorio posterior a cirugía de mama, tórax y reparo de hernia inguinal. La terapia radiante postoperatoria adyuvante incrementa el riesgo de dolor crónico después de cirugía de mama, así como la quimioterapia con neurotoxicidad incrementa el riesgo de dolor de miembro fantasma (Cuadro I).

Algunos autores recientemente han revisado los cambios en el sistema nervioso asociados con dolor agudo con la conclu-

Cuadro I. Factores predictivos de dolor crónico postoperatorio.

Preoperative factors	Intraoperative factors	Postoperative factors
Pain, moderate to severe, lasting more than 1 month	Surgical approach with risk of nerve damage	Pain (acute, moderate to severe)
Repeat surgery		Radiation therapy to area
Psychologic vulnerability		Neurotoxic chemotherapy
Workers's compensation		Depression
		Psychologic vulnerability
		Neuroticism
		Anxiety

Tomado de *Anesthesiology*, V 93, No 4, Oct 2000 *Perkins, M.D.*,* *Henrik Kehlet*

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/rma>

sión de que «el dolor persistente será considerado un estado de enfermedad del sistema nerviosos central, no meramente un síntoma de algunas otras condiciones de enfermedad» si el dolor persiste después de la cirugía, esto resulta o se manifiesta en sensibilización, la prevención puede ser posible si se bloquea la sensibilización central.

CONCLUSIONES

El dolor crónico es común después de la amputación, cirugía de hernia inguinal, cirugía de mama, vesícula y pulmón. Para cada una de estas cirugías los datos pueden ser interpretados

como un tipo de dolor crónico neuropático de su etiología. La intensidad del dolor agudo postoperatorio es un predictor de dolor crónico.

Futuros estudios caracterizarán los factores de importancia en la transición de dolor agudo a crónico. Tal conocimiento puede resultar en diseñar intervenciones más efectivas, oportunas y racionales. Se cree que en algunos pacientes el tipo de daño a los nervios puede explicar tanto el incremento en el dolor agudo y el dolor crónico, pero la extensión del dolor será modificada por otros factores, particularmente los factores de tipo psicológico y fisiológico que incrementan la sensibilidad al dolor⁽⁵⁾.

REFERENCIAS

1. Finch DR, Macdougal M, Tibbs DJ, Morris PJ. Amputation for vascular disease: The experience of a peripheral vascular unit. *Br J Surg* 1980; 67:233-7.
2. Fisher K, Hanspal RS. Phantom pain, anxiety, depression, and their relation in consecutive patients with amputated limbs: Case reports. *BMJ* 1998;316:903-4.
3. Sherman RA, Sherman CJ, Parker L. Chronic phantom and stump pain among American veterans: Results of a survey. *Pain* 1984;18:83-95.
4. Wartan SW, Hamann W, Wedley JR, McColl I. Phantom pain and sensation among British veteran amputees. *Br J Anaesth* 1997;78:652-9.
5. Basbaum AI. Spinal mechanisms of acute and persistent pain. *Reg Anesth* 1999;24:59-67.