

## *ACNES como causa de dolor abdominal crónico*

G. Calvo Mosquera, A. González Cal, D. Calvo Rodríguez<sup>1</sup>, T. López Cela y B. Muñoz Ferro

*CS Serantes. Área Xestión Integrada Ferrol. A Coruña. <sup>2</sup>Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo*

---

*Calvo Mosquera G, González Cal A, Calvo Rodríguez D, López Cela T Y Muñoz Ferro B. Acnes como causa de dolor abdominal crónico. Rev Soc Esp Dolor 2018;25(6):360-361.*

**Palabras clave:** Dolor abdominal, atrapamientos nerviosos, cuestionarios, dolor neuropático.

---

### INTRODUCCIÓN

El dolor crónico originado en la pared abdominal no es bien reconocido, o se confunde con dolor visceral, lo cual puede conducir a numerosas pruebas complementarias antes de establecer un diagnóstico preciso. El síndrome de atrapamiento de la rama cutánea del nervio intercostal (ACNES) es una de las causas más frecuentes; el dolor miofascial y las radiculopatías son menos frecuentes.

La pared abdominal es el foco primario en un tercio de los pacientes con dolor abdominal crónico; una parte relevante de los pacientes previamente diagnosticados de dolor abdominal funcional, incluyendo aquellos con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, parecen sufrir algún síndrome de la pared abdominal.

La incidencia estimada es de 1/1.800 individuos. La prevalencia varía de un 15 a un 30 %, siendo más frecuente en mujeres, y entre 30 y 50 años.

Este síndrome está causado por el atrapamiento en los músculos abdominales de las ramas terminales de los ner-

vios intercostales torácicos de las raíces 8-12, ocasionando un dolor neuropático severo. Este atrapamiento puede ser causado por presión intra o extra abdominal, isquemia, la compresión por herniación de la almohadilla de grasa que normalmente protege al canal fibroso que rodea al nervio, o por cicatrización localizada.

Clínicamente, los pacientes presentan dolor abdominal crónico e hipersensibilidad sobre una pequeña área de la pared abdominal, menor de 2 cm de diámetro. Normalmente se afecta el borde lateral de la vaina del músculo recto del abdomen y en el lado derecho del abdomen, aunque puede encontrarse en cualquier localización, incluso con irradiación hacia todo el dermatoma afectado. Puede ser agudo, sordo o quemante. Los factores agravantes incluyen aumento de tensión de la musculatura abdominal (como la bipedestación, reír, estornudar, toser, etc.), posición sentada o tendida sobre el lado afecto.

El signo clínico fundamental del dolor originado en la pared abdominal es el signo de Carnett, una maniobra exploratoria sencilla basada en las observaciones clínicas de Carnett en los años veinte, que cuando es positivo localiza los síntomas en las estructuras de la pared. Se realiza con el paciente en decúbito supino, localizando el área dolorosa abdominal. Ejerciendo presión con el dedo sobre el punto doloroso, hacemos que el paciente contraiga la musculatura abdominal, realizando una flexión de la cabeza y el tronco.

Originalmente, Carnett describió como “signo positivo” cuando el dolor sobre el punto presionado aumentaba, y como “signo negativo” cuando disminuía al realizar el paciente la maniobra de contracción de la musculatura abdominal. Sin embargo, hoy se acepta por la mayoría

de los autores como positivo cuando el dolor aumenta o persiste.

Los test de laboratorio y las pruebas de imagen suelen ser normales y no presentan datos en la exploración que puedan orientarnos a la necesidad de evaluar otras posibles causas de dolor abdominal, como sangrado de origen gastrointestinal, alteraciones analíticas, alteraciones del hábito intestinal, desnutrición, masas abdominales o signos/síntomas de enfermedad sistémica, como fiebre o malestar general.

El diagnóstico del síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior se basa en la presencia de los siguientes datos:

- Dolor abdominal bien localizado.
- Signo de Carnett positivo.
- Respuesta favorable a la inyección de un anestésico local en los puntos gatillo.

Llevamos a cabo una inyección inicial en los puntos gatillo con anestesia local combinada con corticoides. Un alivio inmediato del dolor abdominal apoya el diagnóstico de síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior, aunque no debe usarse como el “gold standard”. La falta de mejoría del dolor indica reevaluación inmediata de dolor abdominal.

Además, se debe recomendar evitar ejercicios que aumenten la tensión abdominal.

Si mejoran parcialmente, o el dolor recurre tras la desaparición de los síntomas, se repite el tratamiento un mes después. Si se precisan más de tres inyecciones, deberíamos reevaluar al paciente en búsqueda de otras causas de dolor abdominal. En pacientes con dolor recurrente, tras tres inyecciones de anestésico local combinado con corticoides en la misma localización en un año, se planteará tratamiento quirúrgico mediante neurectomía anterior.

## CASO CLÍNICO

Nuestro caso es una mujer de 48 años con dolor abdominal crónico (DAC) de 10 meses de evolución, diagnosticada de síndrome de intestino irritable (SII), que ante la persistencia del cuadro nos solicita consulta. Refiere dolor localizado en la zona anterolateral del hemiabdomen izquierdo, punzante/cortante, que se agrava al adoptar determinadas posturas (decúbito lateral izquierdo, al flexionar el abdomen) y ante accesos de tos. Niega cambio

en el ritmo deposicional o en la consistencia de las heces o sensación de flatulencia.

A la exploración, presentaba varias áreas dolorosas focales a la presión digital sobre la cara anterolateral del músculo recto anterior izquierdo, que se intensificaban al pedirle que se semiincorporara (Carnett +).

Ante la presencia de estos hallazgos y el diagnóstico previo de SII, realizamos el test de 18 ítems ACNES questionnaire (que distingue adecuadamente pacientes con dolor crónico abdominal originario de la pared abdominal, incluyendo ACNES, de los pacientes con SII [punto de corte = 10 puntos, sensibilidad: 94 %, especificidad: 92 %]), en el que obtuvo una puntuación de 16, por lo que se diagnosticó de Síndrome de Atrapamiento de la Rama Cutánea del Nervio Intercostal (ACNES).

Procedimos a la infiltración de estos puntos con mepivacaína al 2 % corticoide depot, con lo que a los 7, 15, 30 y 60 días la paciente refería estar asintomática.

## Discusión

En la anamnesis predomina un cuadro de dolor abdominal que se agravaba ante determinadas actividades. Ante la ausencia de clínica digestiva se procedió a su reevaluación. La clave del diagnóstico la ofreció la exploración física y el cuestionario ACNES, y la confirmación la desaparición de la sintomatología tras el bloqueo. Una de las causas de DAC puede tener su origen en el atrapamiento de la rama cutánea del nervio intercostal en la pared abdominal. Los pacientes con ACNES solicitan repetitivamente atención médica y, generalmente, son diagnosticados de padecer SII.

## CONCLUSIONES

Los síndromes miofasciales y los atrapamientos nerviosos generalmente no se consideran dentro del diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico o recurrente. Este caso es ilustrativo sobre la necesidad de tenerlos presentes a la hora de establecer el diagnóstico.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.