

Sólo se diagnostica lo que se conoce: síndrome de ACNE

Tolmos-Estefanía MT¹, Pérez-Pinto S¹, Otero-Soler M¹, Escamilla-Espínola M¹, Fernández-Rodríguez T²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila. España

²Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Ecografía. Hospital San Francisco de Asís. Madrid. España

Recibido: 01/05/2016

Aceptado: 01/06/2016

En línea: 30/06/2016

Citar como: Tolmos-Estefanía MT, Pérez-Pinto S, Otero-Soler M, Escamilla-Espínola M, Fernández-Rodríguez T. Sólo se diagnostica lo que se conoce: síndrome de ACNE. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016 (Jun); 1(0): 67-69.

Autor para correspondencia: M.^a Teresa Tolmos Estefanía. maytetolmos@yahoo.es

Palabras clave

- ▷ Dolor de pared abdominal
- ▷ Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal
- ▷ Signo de Carnett

Resumen

Se presenta un caso de una paciente en seguimiento en consultas de Medicina Interna por un dolor abdominal crónico con mal control analgésico. Estudios analíticos y de imagen sin alteraciones. Laparoscopia exploratoria ginecológica negativa. Tras revisar la bibliografía, se sospecha patología de la pared abdominal. Se procede a la infiltración ecoguiada con lidocaína 5% con resolución del cuadro. Diagnóstico: síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal. Este síndrome es la causa más frecuente de dolor originado en la pared abdominal. Una buena historia clínica y una exploración física que incluya el test de Carnett es suficiente para orientar el diagnóstico.

Keywords

- ▷ Abdominal wall pain
- ▷ Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome
- ▷ Carnett's sign

Abstract

We report a case of a patient followed-up in Internal Medicine Department for a chronic abdominal pain with poor pain control. Normal analytical and imaging studies. Exploratory gynecological laparoscopy negative. After reviewing the literature abdominal wall pathology is suspected. We proceed to a lidocaine 5% ecoguide infiltration with pain resolution. Diagnosis: abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome. This syndrome is the most common cause of pain originated in the abdominal wall. A good medical history and a physical examination including Carnett's test is enough to guide the diagnosis.

Puntos destacados

- ▷ El conocimiento de esta entidad es fundamental por tratarse de una enfermedad crónica, que supone un importante gasto sanitario y ansiedad en los pacientes, etiquetados en ocasiones de fingidores o neuróticos, evitable con una correcta anamnesis y exploración física.

Una de las causas más comunes de dolor de la pared abdominal es el atrapamiento del nervio cutáneo abdominal o síndrome de ACNE (*anterior cutaneous nerve entrapment syndrome*). Para su diagnóstico se necesita la sospecha clínica junto con una completa anamnesis y exploración física que incluya el test de Carnett. Aquí presentamos un caso clínico de una paciente seguida en consultas de Medicina Interna durante meses por un cuadro de dolor abdominal crónico y que realmente presentaba un síndrome de ACNE.

Introducción

El dolor de la pared abdominal se confunde muchas veces con dolor abdominal de origen visceral, llevándose a cabo multitud de pruebas diagnósticas para intentar buscar una causa intraabdominal del dolor, sin objetivar patología. Algunas series de casos refieren que entre un 10-30% de los dolores abdominales de origen desconocido se deben a patología de la pared abdominal¹.

Historia clínica

Antecedentes personales. Mujer de 25 años, heterocigota para el factor V de Leiden, sin otros antecedentes personales ni familiares de interés. Alergia a los contrastes yodados. No toma tratamiento habitual. Vida activa, trabaja de cajera en un centro comercial.

Enfermedad actual. Valorada en la consulta de Medicina Interna, refiere hace meses haber acudido a la urgencia por dolor abdominal de inicio brusco a nivel de fosa ilíaca izquierda con irradiación a hipogastrio y con afectación importante del estado general. Asocia sensación distérmica sin fiebre termometrada, con leve disuria en la primera micción de la mañana con resto de anamnesis por órganos y aparatos sin alteraciones. Por dicho motivo ingresó en el Servicio de Urología con sospecha de crisis renoureteral izquierda con mal control analgésico en Urgencias, y ante la persistencia del dolor se realizaron, durante su hospitalización, ecografía abdominal y urológica sin objetivar evidencia de litiasis. De forma ambulatoria se completó el estudio con TC abdominal (estudio limitado por ausencia de contraste) sin hallazgos y urografía sin alteraciones

Se decide ingreso programado en Medicina Interna para reevaluación y control del dolor, pues se objetiva interferencia del dolor con la vida diaria.

Exploración física

TAS 125/65 mmHg, T.ª 37,2 °C, FC: 62 lpm. Eupneica. Bien hidratada y perfundida, deambulación con ligera flexión del tronco en relación con posición anti-álgica. No lesiones dérmicas, cabeza y cuello normales. Tórax: auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: RHA normales, no masas ni visceromegalias, depresible con dolor a la palpación generalizada a nivel de flanco izquierdo, con defensa abdominal voluntaria. EELL sin alteraciones.

Pruebas complementarias

Se realiza analítica completa, con sedimento de orina normal, urocultivo con crecimiento de *Streptococcus parasanguinis*. Se repite ecografía abdominal sin mostrar alteraciones y se realiza RM abdominal sin detectarse patología. Se solicita interconsulta a Ginecología, con ecografía ginecológica con mínima cantidad de líquido en Douglas sin otros hallazgos, con citología y HPV negativos.

Evolución

Durante el ingreso se objetiva febrícula, por lo que se pauta tratamiento con antibióticos según antibiograma, con desaparición de la sensación distérmica y se consigue descenso del dolor con analgesia de segundo escalón, decidiéndose alta y seguimiento en consultas. En sucesivas visitas no se consigue control del dolor, sin poder incorporarse a vida normal, por lo que, comentado el caso con Ginecología, se realiza laparotomía exploradora por posible endometriosis, sin objetivar patología en dicha exploración.

Ante estos hallazgos exploratorios, viendo la evolución de la paciente, y tras revisar la bibliografía, se incide en las características del dolor y en la exploración física, con la sospecha de dolor con origen en la pared abdominal.

La paciente presenta un dolor localizado en fosa ilíaca izquierda que es capaz de señalar a punta de dedo sobre tres puntos concretos. El dolor aumenta con la contracción de la musculatura abdominal y la flexión de tronco y cabeza (signo de Carnett positivo).

Ante la sospecha de un síndrome de ACNE, se decidió ecografía de pared abdominal e infiltración local ecoguiada con lidocaína al 5% por el Servicio de Radiodiagnóstico, con franca mejoría del dolor, pudiendo realizar vida diaria normal a los pocos días. Tras precisar 2 infiltraciones más, con un intervalo de 2 meses, la paciente se encuentra asintomática en la actualidad.

Discusión

La inervación de la pared abdominal depende de las porciones distales de los nervios toracoabdominales desde T7 a T12. Se dividen en las ramas posteriores, encargadas de la inervación de la sensibilidad de la piel a nivel de las apófisis espinosas y musculatura paravertebral, las ramas laterales que inervan la zona situada entre la musculatura paravertebral y la línea externa de los rectos abdominales, y las ramas anteriores que realizan un largo recorrido desde la salida del canal medular correspondiente hasta la fascia profunda de los músculos rectos abdominales². A este nivel realiza un ángulo de 90° y atraviesa los músculos rectos abdominales y su fascia superficial, para inervar la piel. Se cree que es en el espesor del músculo recto abdominal donde el nervio puede sufrir un atrapamiento al atravesar un anillo fibroso. Debido a esta disposición anatómica del nervio, hay más probabilidad de que sufra irritación, atrapamiento o isquemia, cuando se produce aumento de presión en la pared abdominal, bien sea por causas extraabdominales o intraabdominales³.

Los nociceptores de tipo A-delta comprenden alrededor del 25% de las fibras nociceptoras; se ubican en la piel y tejido muscular y median los estímulos del dolor agudo y repentino asociado a determinadas lesiones, como heridas superficiales, traumatismos o dolor de la pared abdominal. Cuando el dolor está originado en la pared abdominal (y, por tanto, mediado por nociceptores A-delta), el paciente normalmente señala de forma precisa "a punta de dedo" el dolor⁴.

El signo de Carnett, descrito en los años veinte (con una sensibilidad del 78% y una especificidad del 97%⁵) consiste en la reproducción o acentuación del dolor sobre el punto doloroso, mediante la presión digital en esa localización, teniendo al paciente en decúbito supino con los brazos cruzados sobre el pecho, pidiéndole que contraiga la musculatura abdominal mientras realiza una flexión de la cabeza y piernas. Esta maniobra nos permite valorar si el dolor proviene de la pared abdominal⁶.

La ecografía de pared abdominal suele ser normal, si bien permite identificar exactamente el punto en el que el nervio atraviesa la fascia muscular, que debe coincidir con el punto doloroso del paciente que puede localizarse en una o varias de las salidas de los nervios toracoabdominales T7-T12⁶. En ocasiones se objetiva un área hipocogénica coincidente con este punto, a nivel de la grasa superficial a la fascia, secundario, se cree, al proceso inflamatorio (Figura 1).

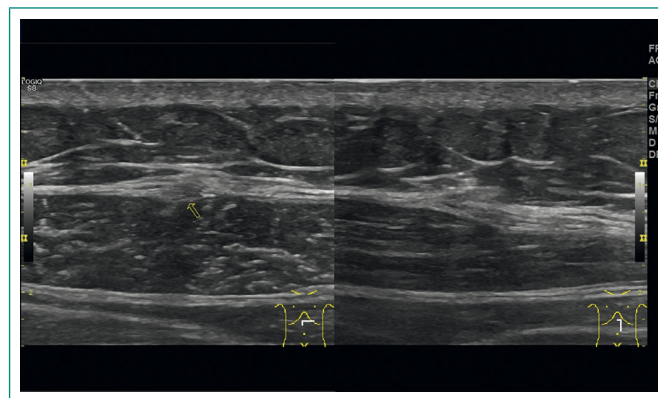


Figura 1. La flecha señala el área pseudonodular hipocogénica localizada a nivel de la fascia superficial del músculo recto abdominal izquierdo, correspondiente a la salida del paquete vasculonervioso del nervio cutáneo abdominal. (Imagen por cortesía del Dr. Fernández Rodríguez)

La confirmación diagnóstica y tratamiento consiste en la infiltración de anestésicos locales con o sin corticoides. La desaparición o mejoría del dolor confirma el diagnóstico^{4,7}. En líneas generales, se puede hablar de una respuesta con una reducción de más del 50% del dolor, tras la primera infiltración, en más de un 80% de los pacientes. En torno a un 30% persiste asintomático⁸. Se pueden requerir varias sesiones de infiltración para el control de la clínica.

Bibliografía

1. Srinivasan R, Greenbaum DS. Chronic abdominal wall pain. A frequently overlooked problem. Practical approach to diagnosis and management. *Am J Gastroenterol*. 2002; 97: 824-30.
2. Téllez-Villajos L, Hinojal-Olmedillo B, Moreira-Vicente V, de la Calle-Reviriego JL, Senosiain-Lalastra C, Foruny-Olcina JR. Radiofrecuencia pulsada en el tratamiento del síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal. *Gastroenterol Hepatol*. 2015 Jan; 38(1): 14-6.
3. Otero W, Ruiz X, Otero E, Gómez M, Pineda L, Arbeláez V. Dolor crónico de la pared abdominal: una entidad poco reconocida con gran impacto en la práctica médica. *Rev Colomb Gastroenterología*. 2007; 22(4): 261-71.
4. Rivero-Fernández M, Moreira-Vicente V, Riesco-López JM, Rodríguez-Gandía MA, Garrido-Gómez E, Milicua-Salamero JM. Dolor originado en la pared abdominal: una alternativa diagnóstica olvidada. *Gastroenterol Hepatol*. 2007 Apr; 30(4): 244-50.
5. De Andrés J. Dolor abdominal crónico - Parte II. *Rev de la Soc Esp del Dolor*. 2006; 13(3): 173-83.
6. Applegate WV. Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES): A Commonly Overlooked Cause of Abdominal Pain. *Perm J*. 2002; 6(3): 20-7.
7. Akhnikh S, de Korte N, de Winter P. Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES): the forgotten diagnosis. *Eur J Pediatr*. 2014 Apr 7; 173(4): 445-9.
8. Kanakarajan S, High K, Nagaraja R. Chronic Abdominal Wall Pain and Ultrasound-Guided Abdominal Cutaneous Nerve Infiltration. A Case Series. *Pain Med*. 2011 Mar 1; 12(3): 382-6.