

<sup>a</sup> Unidad de Ictus, Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

<sup>b</sup> Unidad de Neurorradiología, Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [emiliorcastro@gmail.com](mailto:emiliorcastro@gmail.com)  
(E. Rodríguez-Castro).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.12.003>

## Papel de la maniobra de Carnett en el diagnóstico de un síndrome por atrapamiento del nervio cutáneo anterior confundido con un trastorno por síntomas somáticos: a propósito de un caso



### Role of Carnett's maneuver in the diagnosis of an anterior cutaneous nerve syndrome confused with a somatic symptom disorder: A case report

El dolor crónico es un síntoma que afecta a un 17,25% de los adultos en España, y que con frecuencia asocia otras comorbilidades como ansiedad (40,62%) o depresión (24,43%) y alteración en las funciones de órganos cardiovasculares o gastrointestinales<sup>1</sup>. Muchos pacientes con dolor persistente, sin una base biológica aparente, son diagnosticados de trastorno por síntomas somáticos (TSS) y tras ser estudiados por diferentes especialistas, a menudo son derivados a neurología para un estudio exhaustivo.

Los síntomas somáticos han sido clásicamente estudiados desde un punto de vista psiquiátrico, pero dada su prevalencia creciente en la práctica clínica es importante su conocimiento. EL DSM-V diferencia entre el TSS con dolencias predominantemente somáticas y el TSS con características de dolor. Este diagnóstico se caracteriza por «síntomas somáticos acompañados de pensamientos, sentimientos y comportamientos anormales en respuesta a estos síntomas»<sup>2</sup>. En la mayoría de estos casos subyace la incapacidad de verificar objetivamente los síntomas expresados por el paciente, y el clínico se encuentra en una situación incómoda que requiere un juicio sobre la veracidad del relato del paciente<sup>3</sup>. Por ello, es importante conocer las técnicas de examen físico que pueden ayudar a diferenciar un daño orgánico o funcional antes de etiquetar los hallazgos físicos observados como no orgánicos<sup>4</sup>. Aquí presentamos el caso de un paciente con TSS y depresión que posteriormente fue diagnosticado de síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior (ACNES). El paciente ha otorgado su consentimiento informado por escrito para la publicación del caso.

### Presentación del caso

Presentamos el caso de un varón español de 37 años con dolor abdominal generalizado, más intenso a punta de dedo en la región paraumbilical derecha, y cansancio de

5 meses de evolución que se inició tras despertarse con sensación de disnea e importante astenia, que le impedía trabajar. Fue estudiado por medicina interna, con un cortisol de 4,89 µg/ml (normal: 5,0-17,9) que se normalizó tras la administración de ACTH, por lo que fue tratado con hidrocortisona 5 mg/día, mejorando la astenia, pero permaneció el dolor abdominal y la sensación de cansancio. Tres meses después, el paciente fue derivado al centro de salud mental, donde fue diagnosticado de depresión y tratado con mirtazapina 30 mg/día, con mejoría anímica al mes. Además, fue derivado a digestivo y a endocrinología dado, que persistía el dolor abdominal, quienes no encontraron alteraciones intestinales, a pesar de que se sospechó un síndrome de colon irritable que fue descartado, y una RMN de la hipófisis junto a nuevos test hormonales descartaron enfermedad endocrina. Finalmente fue derivado a neurología. A pesar de que una TAC abdominopélvica fue normal, en la exploración física la maniobra de Carnett fue positiva, por lo que sospechamos un ACNES. Bajo control ecográfico y lidocaína al 1% se realizó el bloqueo anestésico mediante inyecciones en los puntos gatillo del nervio cutáneo anterior, lo que mejoró notablemente el dolor abdominal. Fue infiltrado de nuevo la semana siguiente quedando asintomático. Tras 7 meses permanece asintomático, se han retirado los psicofármacos y su vida ha vuelto a la normalidad.

### Discusión

El ACNES es un síndrome poco conocido que produce dolor abdominal crónico en la región ventral cuya incidencia es desconocida, pero que estudios recientes cifran en uno de cada 2.000 pacientes<sup>5</sup>. El dolor se produce en las ramas terminales de los nervios intercostales 8-12 que quedan atrapados en los músculos abdominales produciendo un dolor neuropático crónico y de difícil diagnóstico. La ausencia de pruebas complementarias y de un examen físico estandarizado para el diagnóstico de este síndrome<sup>6</sup> conlleva que muchos de estos pacientes sean diagnósticos de TSS y sean remitidos a distintos especialistas, retrasando el diagnóstico en meses o años<sup>7</sup>. Los antidepresivos no son efectivos dado que el origen del dolor es mecánico. No obstante, se han descrito unos criterios diagnósticos (tabla 1) que resultan muy útiles para llegar a un correcto diagnóstico junto con TAC/RMN abdominal normales y ausencia de signos de inflamación e infección a nivel cutáneo local. Para reproducir el dolor asociado con el atrapamiento del nervio cutáneo anterior, se debe realizar el signo de Carnett, descrito en 1926<sup>8,9</sup> y que es muy útil para diferenciar el dolor somático del dolor abdominal visceral. Para realizar la prueba de Carnett, se le pide al paciente que se acueste y señale el área específica

**Tabla 1** Criterios diagnósticos SANCA

1. Dolor abdominal a punta de dedo	1. Hipersensibilidad superficial
2. Diámetro región dolorosa < 2,5 cm	2. Maniobra de Carnett positiva
3. Localización constante del dolor	3. Respuesta favorable a la inyección de anestésico local en punto gatillo

Se considera diagnóstico cuando se cumple al menos un criterio de cada columna.

del dolor abdominal. El examinador presiona el punto de máxima sensibilidad con un dedo mientras el paciente flexiona la cadera o levanta el tronco. Si el dolor empeora, el signo de Carnett es positivo. La respuesta al bloqueo anestésico es diagnóstica y terapéutica incluso durante años<sup>10</sup>. También pueden ser de utilidad moduladores del dolor como pregabalina y amitriptilina y en casos refractarios la neurectomía tras exploración quirúrgica<sup>11</sup>. En conclusión, puede resultar muy complicado discernir un TSS de un ACNES, por lo que el signo de Carnett es crucial en la exploración física y debe ser conocida no solo por los neurólogos sino también por otros especialistas.

## Bibliografía

- Langley P, Ruiz-Iban MA, Molina JT, de Andrés J, Castellón JR. The prevalence, correlates and treatment of pain in Spain. *J Med Econ*. 2011;14:367–80.
- Ghanizadeh A, Firoozabadi A. A review of somatoform disorders in DSM-IV and somatic symptom disorders in proposed DSM-V. *Psychiatr Danub*. 2012;24:353–8.
- Verghese A, Charlton B, Kassirer JP, Ramsey M, Ioannidis JP. Inadequacies of physical examination as a cause of medical errors and adverse events: A collection of vignettes. *Am J Med*. 2015;128:1322–4.
- Zasler ND. Validity assessment and the neurological physical examination. *NeuroRehabilitation*. 2015;36:401–13, <http://dx.doi.org/10.3233/NRE-151229>.

- van Assen T, Brouns JA, Scheltinga MR, Roumen RM. Incidence of abdominal pain due to the anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in an emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2015;23:19, <http://dx.doi.org/10.1186/s13049-015-0096-0>.
- Takada T, Ikusaka M, Ohira Y, Noda K, Tsukamoto T. Diagnostic usefulness of Carnett's test in psychogenic abdominal pain. *Intern Med*. 2011;50:213–7.
- Thome J, Egeler C. Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES) in a patient with a pain syndrome previously assumed to be of psychiatric origin. *World J Biol Psychiatry*. 2006;7:116–8.
- Carnett J. Intercostal neuralgia as a cause of abdominal pain and tenderness. *Surg Gynecol Obstet*. 1926;42:8.
- Applegate WV. Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES): A commonly overlooked cause of abdominal pain. *Perm J*. 2002;6:20–7.
- Mol FM, Jansen CH, Boelens OB, Stronks DL, Eerten PV, Huygen FJ, et al. Adding steroids to lidocaine in a therapeutic injection regimen for patients with abdominal pain due to anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES): A single blinded randomized clinical trial. *Scand J Pain*. 2018;18:505–12, <http://dx.doi.org/10.1515/sjpain-2018-0011>.
- Tolmos-Estefanía MT, Fernández-Rodríguez T, Bernard-de Casco Z, Grande-Díez C, Rodríguez-Lorenzo Á. Dolor abdominal recurrente Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal a propósito de tres casos. *Semergen*. 2018;44:290–2.

J.A. García-Carmona<sup>a,b,\*</sup>  
y J. Sánchez-Lucas<sup>c,d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neurología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

<sup>b</sup> Unidad de Psiquiatría Aguda, Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

<sup>d</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dr.jagarc@gmail.com](mailto:dr.jagarc@gmail.com)  
(J.A. García-Carmona).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.02.010>

## Acinesia psíquica (atimormia), producida por hipoxia en relación al mal de altura



## Psychic akinesia (athymhormia), produced by hypoxia in relation to altitude sickness

Sr. Editor:

El síndrome de pérdida de la autoactivación psíquica (PAP) fue descrito por Laplane et al. en 1982<sup>1</sup> en un paciente que presentaba lesiones en los núcleos lenticulares. Posteriormente el mismo grupo describió tres casos más<sup>2</sup>, dos de ellos producidos por intoxicación por CO.

El neologismo atimormia fue acuñado en 1922 por Dide y Guiraud<sup>3</sup>, partiendo de la «a» privativa y las palabras griegas *thumos* (sentimiento o humor) y *horme* (impulso). La falta de sentimientos y de impulsos sería, en ausencia de alteraciones físicas lo más característico la atimormia.

La manifestación clínica más relevante de los pacientes es la aquinesia psíquica que producía una reducción tanto de actividades mentales como comportamentales.

El mal de altura es la falta de adaptación del organismo a la hipoxia de la altitud. La gravedad del trastorno está en relación directa con la velocidad de ascenso y la altitud alcanzada. El mal de altura provoca lesiones de los *globus pallidus* visibles en resonancia magnética (RM) y que han sido probablemente la causa de la atimormia o síndrome PAP<sup>4,5</sup>.

Presentamos un caso que demuestra que el mal de altura ha sido la causa del síndrome PAP.