

complicaciones se resuelven espontáneamente, sin secuelas en el transcurso de algunos meses y sin requerir tratamiento oftalmológico<sup>2,6</sup>. Además, el ajuste de cifras tensionales dentro de los límites de la normalidad ha demostrado menor riesgo de resangrado y exudación<sup>6</sup>.

Actualmente no existe un protocolo terapéutico oftalmológico en caso de presentar amenaza visual. Opciones para el manejo incluyen la observación, las inyecciones intravítreas de antiangiogénicos o laserterapia en caso de exudación, e inyecciones intravítreas de gases expandibles y vitrectomía en caso de hemorragias<sup>3,6</sup>.

Cabe recalcar que los macroaneurismas retinianos son una manifestación local de la enfermedad sistémica subyacente. Aunque, como se ha señalado, son mayormente asintomáticos, en caso de ser detectados deben alertar al clínico para un mejor control global del paciente. Además, se debe concienciar a este, con el fin de prevenir complicaciones futuras, no solo del ámbito oftalmológico. En función de todo esto resulta fundamental el rol del equipo de salud en el nivel primario.

En el caso expuesto se optó por la intervención oftalmológica debido a la escasa AV en el ojo contralateral, con el fin de acelerar la recuperación visual de la paciente. A pesar de todas las medidas terapéuticas locales realizadas la paciente no consiguió en primera instancia adherencia al tratamiento antihipertensivo, lo que provocó resangrado de la lesión. Una vez conseguido el control tensional se logra la estabilidad del macroaneurisma retiniano, minimizando las recidivas de resangrado y exudación, y favoreciendo su esclerosis, lo que pone de manifiesto, una vez más, la importancia del manejo multidisciplinar.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

## Bibliografía

1. Robertson DM. Macroaneurysms of the retinal arteries. *Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol.* 1973;77:OP55-67.
2. Panton RW, Goldberg MF, Farber MD. Retinal arterial macroaneurysms: Risk factors and natural history. *Br J Ophthalmol.* 1990;74:595-600.
3. Koinzer S, Heckmann J, Tode J, Roeder J. Long-term, therapy-related visual outcome of 49 cases with retinal arterial macroaneurysm: A case series and literature review. *Br J Ophthalmol.* 2015;99:1345-53.
4. Xu L, Wang Y, Jonas JB. Frequency of retinal macroaneurysms in adult Chinese: The Beijing Eye Study. *Br J Ophthalmol.* 2007;91:840-1.
5. Lavin MJ, Marsh RJ, Peart S, Rehman A. Retinal arterial macroaneurysms: A retrospective study of 40 patients. *Br J Ophthalmol.* 1987;71:817-25.
6. Pitkänen L, Tommila P, Kaarniranta K, Jäskeläinen JE, Kinnunen K. Retinal arterial macroaneurysms. *Acta Ophthalmol.* 2014;92:101-4.

Á. Olate-Pérez<sup>a,\*</sup>, M. Bóveda-García<sup>b</sup>,  
A. Gargallo-Benedicto<sup>a</sup>, D. Hernández-Pérez<sup>a</sup>  
y A. Duch-Samper<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Oftalmología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

<sup>b</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aolatep@hotmail.com (Á. Olate-Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.11.009>  
1138-3593/

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Dolor abdominal recurrente. Síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal a propósito de tres casos



### Recurrent abdominal pain. Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome: A report of three cases

El dolor abdominal es uno de los motivos más frecuentes de consulta en los servicios de urgencias. Hasta el 30% de los pacientes que consultan por dolor abdominal inespecífico podrían presentar dolor de origen parietal<sup>1-3</sup>. Tan solo un 4% de los médicos consideran esta entidad como una alternativa diagnóstica<sup>2,4</sup>. Esto conlleva la realización de múltiples evaluaciones diagnósticas y pruebas terapéuticas, con el consiguiente incremento del gasto sanitario, retraso en el diagnóstico e importante ansiedad del paciente<sup>1,2,4</sup>.

Dentro de las causas de dolor de origen en la pared abdominal la más frecuente es el síndrome de atrapamiento

del nervio cutáneo abdominal (Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome)<sup>2,5</sup> cuyo acrónimo en inglés es ACNES.

La correcta anamnesis acompañada de una exploración física completa, que incluya el test de Carnett (localizar el punto doloroso y pedir al paciente que contraiga la musculatura abdominal) que es positivo si el dolor aumenta o permanece estable son suficientes para establecer un correcto diagnóstico de sospecha<sup>2,3,6</sup>.

### Caso 1

Presentamos el caso de una mujer de 25 años, sin antecedentes, que presenta dolor en hemiabdomen izquierdo con irradiación a hipogastrio, invalidante, de semanas de evolución. Fue estudiada en el servicio de Urología con sospecha de crisis renoureteral con estudio ecográfico y TC urológico normal. Ante la persistencia del dolor, y tras varias consultas en el servicio de urgencias se derivó a consultas de Medicina Interna, decidiéndose ingreso para estudio. Se realizó analítica de sangre y orina completa, ecografía, TAC abdominopélvica, RMN abdominal y colonoscopia

normales. Interconsulta a ginecología, que tras valoración no encontró patología subyacente. Se instauró tratamiento analgésico tras el alta hospitalaria sin control total de la sintomatología. Continuó seguimiento en consultas con persistencia de dolor que le impedía realizar vida normal por lo que de manera ambulatoria se solicitó de nuevo interconsulta a ginecología. Se decidió laparoscopia exploradora para descartar endometriosis, sin objetivar alteraciones. Ante la falta de control sintomático se revisó la bibliografía y ante la sospecha de un ACNES se constató en la exploración signo de Carnett positivo por lo que se derivó al servicio de radiodiagnóstico para estudio ecográfico de partes blandas e infiltración con 1 ml de lidocaína al 2%, bajo guía ecográfica.

Tras la primera sesión mejoría franca del dolor. La paciente requirió 3 infiltraciones más, realizadas cada 2 meses, permaneciendo asintomática en la actualidad.

## Caso 2

Paciente mujer de 29 años, apendicectomizada 7 años antes y sin otros antecedentes que presenta desde hace más de tres meses dolor abdominal localizado en flanco derecho que describe como quemazón. Aumenta al agacharse y con los movimientos hacia ese lado.

A la exploración presenta dolor a punta de dedo por encima de la cicatriz de apendicectomía en tres localizaciones. El resto de la exploración fue normal. Derivada a la consulta de Medicina Interna se realiza analítica completa, estudio con ecografía abdominopélvica, uro-TAC, RMN abdominal y RMN de caderas sin alteraciones.

Durante el estudio hubo mal control analgésico en domicilio. Ante la falta de mejoría, resultados de estudios complementarios y dolor a la palpación a punta de dedo sobre tres puntos en hemiabdomen derecho que se acentuaban con la contracción abdominal (signo de Carnett), se solicitó ecografía de partes blandas e infiltración ecoguiada de lidocaína 1 ml al 2% en los puntos dolorosos.

La paciente permanece asintomática desde la primera infiltración hasta la actualidad.

## Caso clínico 3

Se trata de un paciente varón de 16 años en seguimiento en consultas de Medicina Interna por cuadro de adenopatía laterocervical posterior con estudio normal. Refiere desde hace un mes dolor en hemiabdomen derecho que le impide el descanso nocturno. En la exploración abdominal profunda no se palpan masas ni visceromegalias. A nivel superficial se detectan tres puntos dolorosos localizables a punta de dedo, con signo de Carnett positivo. Ante la sospecha de ACNES se derivó para ecografía abdominopélvica y de partes blandas, con indicación de infiltración local de lidocaína si no se encontraba patología intraabdominal. Se realizó infiltración ecoguiada con 1 ml de lidocaína al 2% con resolución del cuadro. Actualmente asintomático.

El dolor originado en la pared abdominal presenta unas características específicas (tabla 1) que no deberían pasarse por alto en una correcta anamnesis y exploración física, destacando el signo de Carnett por su alta sensibilidad (78%) y especificidad (97%) a la hora de establecer el diagnóstico<sup>7</sup>.

**Tabla 1** Algoritmo diagnóstico del dolor originado en la pared abdominal

Deben confirmarse al menos uno de los signos/síntomas de cada columna	
Dolor localizado «a punta de dedo»	Hipersensibilidad superficial
Máximo diámetro de la zona dolorosa < 2,5cm	Test de Carnett positivo
Localización constante de la zona dolorosa	

Adaptado de Rivero Fernández et al.<sup>2</sup>.

El nervio cutáneo abdominal es la rama terminal de los nervios toracoabdominales T7-T12. La rama terminal alcanza la pared anterior del abdomen inmediatamente profunda a los músculos rectos. Realiza un ángulo de 90° y atraviesa el músculo desde la pared posterior hasta la aponeurosis anterior acompañada de una arteria y una vena, rodeados por grasa y tejido conectivo, formando una unidad o «bundel» que funciona independiente del tejido que la rodea. Esta «unidad» atraviesa un anillo fibroso en el interior del músculo recto anterior del abdomen, localizado aproximadamente en la unión de los dos tercios profundos con el tercio superficial, y es aquí donde puede producirse el atrapamiento, daño o isquemia de la rama nerviosa causante de la sintomatología. Cualquier causa que incremente la compresión en el anillo fibroso, como la contracción de los músculos rectos, empeorará la sintomatología. Así mismo cualquier causa que aumente la presión desde el interior del abdomen puede provocar una «herniación» de esta unidad a través del anillo fibroso y producir así mismo la sintomatología. La distensión del abdomen, cicatrices, suturas son causas que pueden en sí mismas traccionar o atrapar el nervio cutáneo abdominal y ser causantes de este síndrome<sup>5</sup>.

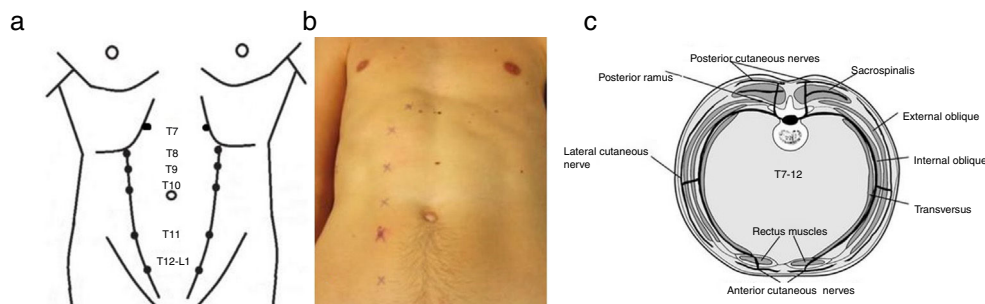
Hay 6 orificios de salida distribuidos en ambos músculos rectos<sup>5,8,9</sup> (fig. 1).

La infiltración con anestésico local provoca la desaparición del dolor y confirma el diagnóstico, siendo el tratamiento de elección con o sin corticoides asociados por su efecto estabilizador de la membrana<sup>2,3,5,9,10</sup>.

Uno de los grupos más activos en el estudio de este síndrome propone una primera infiltración solo con lidocaína e introduce el corticoide a partir de la segunda infiltración si no se ha conseguido la resolución completa de la sintomatología<sup>6</sup>.

Los volúmenes utilizados tanto de anestésico como de corticoide varían ampliamente de unas series a otras, desde 1 ml de lidocaína al 2% hasta 10 ml de lidocaína al 1% y desde 10 mg hasta 80 mg de triamcinolona. Aquellas publicaciones que presentan infiltraciones ecoguiadas utilizan dosis más bajas de medicación con resultados similares<sup>10</sup>.

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 asintomático. El resto precisa infiltraciones repetidas, quedando asintomáticos tras dos o más infiltraciones hasta un 60-80% de los pacientes<sup>6,10</sup>.



**Figura 1** a) Localización anatómica de los orificios de salida de la rama cutánea abdominal de T7-T12, puntos clave para el diagnóstico de Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES). Adaptado de Applegate<sup>5</sup>.  
 b) Fotografía donde se dibuja la teórica localización de los orificios de salida de la rama cutánea abdominal de T7-T12.  
 c) Corte transversal de la pared abdominal donde se representan los planos musculares y el trayecto del nervio toracoabdominal.

Los tres casos presentados resumen la evolución habitual de los pacientes que presentan esta entidad, con múltiples visitas al servicio de urgencias y a consultas de especialistas, numerosas pruebas diagnósticas e incluso una laparotomía exploradora.

Tas la sospecha diagnóstica el tratamiento se realizó con guía ecográfica y con tan solo 1 ml de lidocaína al 2%, consiguiendo una resolución total del cuadro con tan solo una infiltración en dos de los casos, y con la necesidad de varias infiltraciones en el tercero.

El conocimiento de esta entidad es fundamental por tratarse de una enfermedad crónica, que supone un importante gasto sanitario y gran ansiedad en los pacientes, que puede evitarse con una correcta anamnesis y exploración física<sup>10</sup>.

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

## Bibliografía

1. 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.
2. Rivero Fernández M, Moreira Vicente V, Riesco López JM, Rodríguez Gandía MÁ, Garrido Gómez E, Milicua Salameo JM. Dolor originado en la pared abdominal: una alternativa diagnóstica olvidada. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:244–50.
3. Boelens OBA, Scheltinga MR, Houterman S, Roumen RM. Randomized clinical trial of trigger point infiltration with lidocaine to diagnose anterior cutaneous nerve entrapment syndrome. *Br J Surg.* 2013;100:217–21.
4. Costanza CD, Longstreth GF, Liu AL. Chronic abdominal wall pain: clinical features, health care costs, and long-term outcome. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004 May;2:395–9.
5. Applegate WV. Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES): A Commonly Overlooked Cause of Abdominal Pain. *Perm J.* 2002;6:20–7.

6. Boelens OB, Scheltinga MR, Houterman S, Roumen RM. Management of anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in a cohort of 139 patients. *Ann Surg.* 2011;254:1054–8.
7. De Andrés J. Dolor abdominal crónico - Parte II. *Rev Soc Esp del Dolor.* 2006;13:173–83.
8. 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;38:14–6.
9. Hong MJ, Kim YD, Seo DH. Successful treatment of abdominal cutaneous entrapment syndrome using ultrasound guided injection. *Korean J Pain.* 2013;26:291–4.
10. Kanakarajan S, High K, Nagaraja R. Chronic abdominal wall pain and ultrasound-guided abdominal cutaneous nerve infiltration: A Case Series. *Pain Med.* 2011;12:382–6.

M.T. Tolmos-Estefanía<sup>a,b</sup>, T. Fernández-Rodríguez<sup>c,\*</sup>,  
 Z. Bernard-de Casco<sup>b</sup>, C. Grande-Díez<sup>b</sup>  
 y Á. Rodríguez-Lorenzo<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Ávila, España

<sup>c</sup> Servicio de Atención Rural Mejorada del Campo Mejorada del Campo, Madrid, España

<sup>d</sup> Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Vigo, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tomas.fernandez@salud.madrid.org (T. Fernández-Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.11.004>  
 1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.