

## CASO CLÍNICO

# Caso clínico: dolor abdominal crónico por síndrome ACNES

## Case report: abdominal chronic pain due to ACNES

### RESUMEN:

El dolor abdominal crónico presenta una alta prevalencia en las consultas de Atención Primaria y especializada. Habitualmente se estudia en busca de un diagnóstico de tipo visceral o funcional, pero con frecuencia el dolor originado en la musculatura de la pared abdominal pasa desapercibido. Describimos el caso clínico de una paciente de 31 años, con dolor abdominal de larga evolución y difícil diagnóstico por ausencia de clínica y de hallazgos significativos en las pruebas complementarias, que descartaban patología visceral abdominal. Tras anamnesis y exploración física en el Servicio de Rehabilitación, se establece la sospecha diagnóstica de síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal anterior (ACNES). El caso es abordado mediante intervencionismo y tratamiento farmacológico, obteniendo la mejoría clínica.

El ACNES es una causa de dolor neuropático de la pared abdominal común, con frecuencia infradiagnosticada, que favorece, en muchas ocasiones, la cronificación de este cuadro clínico.

### ABSTRACT:

Chronic Abdominal pain has a high prevalence in Primary and specialized care consultations. It is usually studied searching a visceral or functional diagnosis, but pain originated in the abdominal wall muscles frequently goes unnoticed. We describe the clinical case of a 31-year-old patient with long-term abdominal pain that was difficult to diagnose due to the absence of digestive symptoms neither significant findings in complementary tests, which ruled out abdominal visceral pathology. After anamnesis and physical examination at the Rehabilitation Service, a suspected diagnosis of Anterior Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES) was established. The case is approached through intervencionism and pharmacological treatment, obtaining clinical improvement.

ACNES is a common cause of neuropathic abdominal wall pain, often underdiagnosed, which in many cases helps the chronification of this clinical condition.

RECIBIDO: 11 / marzo / 2024

ACEPTADO: 09 / julio / 2024

DOI: [10.20986/mpj.2024.1070/2024](https://doi.org/10.20986/mpj.2024.1070/2024)

### AUTORES:

**Pablo López Pérez, Virginia Gallart Úbeda, Ramón Encinas Martín, Rosario Beseler Soto, Amparo Puig Conca y Mónica Jordá Llona**  
Servicio de Rehabilitación. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia, España.

### CORRESPONDENCIA:

**Pablo López Pérez**  
[palope2018@gmail.com](mailto:palope2018@gmail.com)

**Palabras clave:** *Dolor, abdominal, ACNES, nervio.*

**Key words:** *Pain, abdominal, ACNES, nerve.*

## Introducción

El dolor neuropático originado en la pared abdominal pasa en muchas ocasiones desapercibido y no le prestamos la importancia que merece, ni en la literatura médica desarrollada ni en nuestros propios pacientes. Este tipo de dolor es bastante frecuente, y no tenerlo presente como diagnóstico diferencial nos conduce a multitud de pruebas innecesarias, cuadros psicológicos como ansiedad en los pacientes e intervenciones más invasivas que podrían llegar a evitarse.

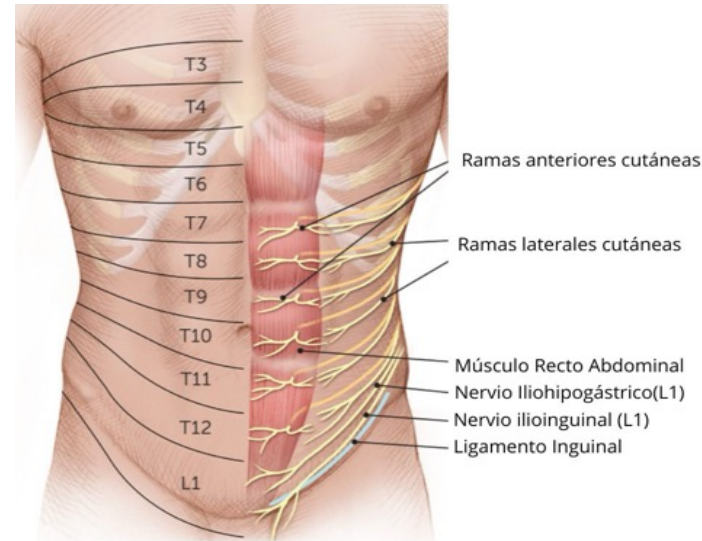
La pared abdominal es el foco primario en un tercio de los pacientes con dolor abdominal crónico. Una parte relevante de los pacientes previamente diagnosticados de dolor abdominal funcional parece sufrir algún síndrome de la pared abdominal, pero en muchas ocasiones, este no es reconocido y tan solo un 4 % de los médicos considera esta entidad como alternativa diagnóstica (1,2).

La incidencia estimada es de 1/1800 individuos. La prevalencia varía entre un 15-30 % y es más frecuente en mujeres entre los 30-50 años (1); sin embargo, es una entidad también frecuente en pediatría, donde un 13 % de los pacientes diagnosticados de dolor abdominal funcional padecen en realidad este síndrome, con un predominio del sexo femenino aún más importante (75 %) (3,4).

Se estima que del 2 al 3 % de los pacientes con una queja de dolor abdominal tienen diagnóstico en la pared, y aumenta hasta el 30 % en dolor abdominal crónico. La causa más común de dolor abdominal proveniente de la pared es el atrapamiento del nervio cutáneo anterior (ACNES), ya que la irritación de los nervios intercostales de la pared abdominal se ha relacionado con la aparición de dolor abdominal severo de origen neuropático (5).

La inervación de la pared abdominal se origina en nervios intercostales derivados de las raíces nerviosas T7 a T12. Estos nervios presentan su recorrido a lo largo de la parte inferior de su respectiva costilla antes de llegar al borde lateral del músculo recto del abdomen. En este punto, el nervio da un giro de 90 grados anteriormente y viaja desde la vaina del recto posterior, a través de un canal neurovascular en el músculo recto (adyacente a la línea semilunaris) que contiene un anillo fibroso, luego a través

de la vaina anterior, donde realiza otro giro de 90 grados para continuar por la pared abdominal anterior (Figura 1). Dada la tortuosidad de los nervios, puede haber múltiples áreas de atrapamiento provocando la aparición de dolor en la pared abdominal. Además, también ha sido descrito dolor referido a la pared abdominal desde una fuente visceral debido a las diferentes aferencias que llegan a la médula espinal (6,7).



Adaptado de Shian y cols. (8).

**Figura 1. Inervación de la pared abdominal.**

La etiopatogenia del ACNES es variada e idiopática. Applegate ya describió que puede estar favorecida por procesos que causen un aumento de la presión intraabdominal, como el embarazo, cicatrices o herniaciones abdominales o la contracción excesiva de los músculos rectos abdominales (7).

Clínicamente, los pacientes presentan dolor abdominal crónico e hipersensibilidad sobre una pequeña área de la pared abdominal, habitualmente menor de 2 cm de diámetro. El dolor es selectivo, constante, sordo o quemante, y empeora con determinados esfuerzos, la tos, el ejercicio o los cambios posturales (1,7).

El diagnóstico de ACNES es de exclusión, por lo que es necesario descartar previamente patología intraabdominal subyacente.

La realización de bloqueos nerviosos de las ramas afectadas confirma el diagnóstico y en muchas ocasiones puede llegar a constituir el tratamiento de esta dolencia. Son tratamientos adicionales la terapia física y el uso fármacos anticonvulsivantes orales. Como último escalón terapéutico, se puede plantear la neurectomía anterior como tratamiento definitivo.

## Descripción del caso

Paciente mujer de 31 años, remitida al Servicio de Rehabilitación por dolor abdominal crónico de 12 meses de evolución.

Fue valorada por Medicina Digestiva y Nefrología y, tras estudio con pruebas complementarias, fue diagnosticada de síndrome de intestino irritable, descartando un posible origen orgánico digestivo y nefrourológico del dolor.

La paciente presentaba dolor abdominal lento y sordo, localizado a punta de dedo en flanco paraumbilical derecho (EVA 8); no irradiado ni referido; de aparición recurrente y cese espontáneo. Empeoraba con los movimientos de flexión de tronco. Sin cambios con la ingesta y sin clínica digestiva acompañante. Además, la paciente refería que el dolor limitaba su actividad diaria, pero no le imposibilitaba trabajar o hacer deporte.

En la exploración física no se apreciaron lesiones cutáneas ni cicatrices postquirúrgicas. A la palpación el abdomen era blando y depresible, con ausencia de distensión abdominal, masas y visceromegalias. Las maniobras de irritación peritoneal resultaron negativas. El signo de Carnett, que consiste en la palpación dolorosa de un área localizada de la pared abdominal con el paciente relajado en supino, con aumento del dolor al contraer la musculatura abdominal (Figura 2), y el Pinch test, en el que se desencadena un aumento desproporcionado del dolor al pinzar y elevar el tejido adiposo de la zona dolorosa (Figura 3), resultaron positivos. Ambas maniobras se consideran indicativas de lesión parietal abdominal.

Ante la sospecha de ACNES, se realizó un bloqueo ecoguiado del nervio cutáneo abdominal anterior con 2 ml de betametasona 11,4 mg y 3 ml de mepivacaína al 2 %. Para ello, se colocó al paciente en decúbito supino y, bajo condiciones estériles, se



Figura 2. Maniobra de Carnett.

colocó el transductor lateral al ombligo en transversal, localizando el músculo recto anterior del abdomen, el nervio cutáneo abdominal anterior sobre su fascia posterior y la cavidad abdominal (Figura 4).

Se utilizó una sonda lineal de 7-14 Hz y, tras la localización de las estructuras, se insertó una aguja 25 G en plano, de medial a lateral, atravesando el músculo recto anterior hasta alcanzar la fascia posterior, pero sin llegar a atravesarla, para evitar ocasionar una posible punción de la cavidad abdominal (Figura 5).

Cuatro semanas después, la paciente refería una mejoría importante del cuadro doloroso. Relataba un leve dolor nocturno en la misma localización (EVA 3). Se decidió prescribir gabapentina 300 mg /8 horas, con pauta progresiva ascendente, hasta alcanzar dosis de 900 mg/día a las dos semanas. Al mes siguiente, el dolor había desaparecido completamente y la maniobra de Carnett y el Pinch Test resultaron negativas, por lo que se disminuyó la dosis de gabapentina hasta su retirada, sin objetivar recidiva del dolor en las visitas posteriores.

## Discusión

El dolor de la pared abdominal es confundido en muchas ocasiones con el dolor visceral intraabdominal, resultando en

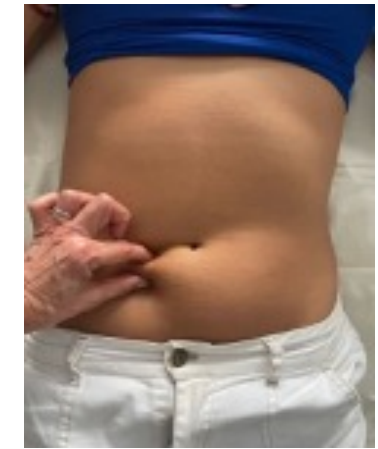


Figura 3. Pinch Test.



**Figura 4. Imagen ecográfica localizando el nervio cutáneo abdominal anterior (punto amarillo).**



**Figura 5. Infiltración ecoguiada del nervio cutáneo abdominal anterior. En azul está representado el lugar de infiltración.**

pruebas de laboratorio, estudios de imagen, consultas y procedimientos invasivos costosos e innecesarios, incluyendo la frustración del médico y del paciente (8).

El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal anterior es el tipo de dolor de la pared abdominal más común y frecuentemente pasado por alto. Por ello, es necesario conocer esta entidad e incluirla en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal crónico. Se precisa descartar patología de origen digestivo previamente, ya que el diagnóstico de ACNES se considera un diagnóstico de exclusión.

El diagnóstico inicial es clínico, basado en la anamnesis realizada al paciente y en la exploración física. Existen ciertas maniobras exploratorias que nos permiten orientar la sospecha etiológica del dolor hacia un cuadro clínico doloroso originado en la pared abdominal. El signo de Carnett y el Pinch test son dos de las maniobras más utilizadas para establecer el diagnóstico de ACNES (3,5,9). En el caso de nuestra paciente ambas maniobras resultaron positivas.

García-Carmona, en 2019, establece una serie de signos para orientar el dolor abdominal con origen en la pared (Tabla I) (10).

Para considerar como sospecha diagnóstica el ACNES, debe confirmarse uno o más síntomas de cada una de las columnas de la Tabla I.

En cuanto a las pruebas complementarias, en numerosas ocasiones no aportan información relevante para el diagnóstico, tal y como ocurrió en el caso descrito, por lo que sospechar

**Tabla I. Signos y síntomas para dolor abdominal con origen en la pared.**

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

Adaptado de García-Carmona y cols. (10).

clínicamente esta patología nos encaminará a preguntas dirigidas de anamnesis y a maniobras exploratorias que, de ser positivas y cumplirse los criterios de García Carmona, nos proporcionarán una alta probabilidad de diagnóstico de dolor de la pared abdominal por ACNES. En 2018, Shian estableció una serie de características para facilitar el diagnóstico diferencial entre el dolor abdominal de origen visceral y parietal (Tabla II).

Actualmente, el bloqueo nervioso con anestésico local confirma el diagnóstico y puede constituir el tratamiento. Otros autores, como Boelens en 2011, proponen realizar una infiltración inicial solo con anestésico local y, en caso de no desaparecer totalmente la sintomatología, añadir un corticoide en la segunda infiltración (11).

Los volúmenes utilizados de anestésico y corticoide varían de unas series a otras. Kanakarajan describe desde el uso de 1 ml de lidocaína 2 % hasta 9 ml de lidocaína al 1 %, y desde 10 mg hasta 80 mg de triamcinolona. Aquellas publicaciones que realizan las infiltraciones ecoguiadas, utilizan dosis más bajas de medicación, con resultados similares (12,13).

En nuestro caso, se realizó una infiltración ecoguiada con 2 ml de betametasona y 3 ml de mepivacaína 2 %. El dolor constante diurno desapareció, y para el dolor nocturno residual, se administró gabapentina oral, consiguiendo el control analgésico.

La literatura describe una respuesta con una reducción de más del 50 % del dolor tras la primera infiltración en más del 80 % de los pacientes. Un 30 % quedan asintomáticos y el resto precisa de más infiltraciones, quedando asintomáticos tras dos o más infiltraciones, hasta el 60-80 % de los pacientes (11,13).

Como conclusión, remarcar el ACNES como causa de dolor neuropático de la pared abdominal bastante común y con frecuencia infradiagnosticado, lo que facilita, en numerosas ocasiones, la cronificación del cuadro. El conocimiento de esta entidad es relevante, puesto que el diagnóstico mediante una correcta anamnesis y exploración física y su habitual sencillo tratamiento mediante bloqueo nervioso evitan exploraciones complementarias excesivas y sentimientos de ansiedad en los pacientes ante la falta de un diagnóstico concreto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Calvo Mosquera G, González Cal A, Calvo Rodríguez D, López Cela T, Muñoz Ferro B. ACNES como causa de dolor abdominal crónico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2018;25(6):360-1. DOI: 10.20986/resed.2017.3530/2016. DOI: 10.20986/resed.2017.3530/2016.
2. 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;30(4):244-50. DOI: 10.1157/13100598.
3. García Rodríguez C, Recio Linares A, Carabaño Aguado I, Barrio Merino A, Salcedo Lobato E, Medina Benítez E. Síndrome de ACNES: no todo dolor abdominal es visceral. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021;23:e17-e21.
4. Siawash M, Roumen R, Ten WTA, van Heurn E, Scheltinga M. Diagnostic characteristics of anterior cutaneous nerve entrapment syndrome in childhood. *Eur J Pediatr*. 2018;177(6):835-9. DOI: 10.1007/s00431-018-3125-y.

**Tabla II. Diagnóstico diferencial dolor abdominal visceral y parietal.**

Hallazgo clínico	Dolor abdominal visceral	Dolor abdominal pared
Hallazgos pruebas de imagen	A menudo positivos	Normalmente anodinos
Signo de Carnett	Negativo	Positivo
Síntomas constitucionales	Anorexia, fiebre, pérdida peso, escalofríos	Normalmente ausentes
Síntomas gastrointestinales o genitourinarios	Alteración hábito intestinal, disuria, náuseas, vómitos	Normalmente ausentes
Hallazgos laboratorio	Elevación recuento leucocitario, aumento marcadores inflamatorios	Normalmente en rango
Características del dolor	Modifica con alimentación	No modifica con alimentación
Sexo predominante	Similar	Mujeres
Punto sensible	Localización depende de patología subyacente	Área identificable < 2 cm cercana a recto abdominal

Adaptado de Shian y cols. (8).

5. Kamboj AK, Hoversten P, Oxentenko AS. Chronic Abdominal Wall Pain: A Common Yet Overlooked Etiology of Chronic Abdominal Pain. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(1):139-44. DOI: 10.1016/j.mayocp.2018.09.018.
6. Jacobs MLYE, Scheltinga MRM, Roumen RMH. Persistent pain relief following a single injection of a local anesthetic for neuropathic abdominal wall and groin pain. *Scand J Pain*. 2021;21(3):628-32. DOI: 10.1515/sjpain-2021-0034.
7. Applegate WV. Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES): A Commonly Overlooked Cause of Abdominal Pain. *Perm J*. 2002 Summer;6(3):20-7.
8. Shian B, Larson ST. Abdominal Wall Pain: Clinical Evaluation, Differential Diagnosis, and Treatment. *Am Fam Physician*. 2018;98(7):429-36.
9. 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. DOI: 10.1186/s13049-015-0096-0.
10. García-Carmona JA, Sánchez-Lucas J. Role of Carnett's maneuver in the diagnosis of an anterior cutaneous nerve syndrome confused with a somatic symptom disorder: A case report. *Neurologia (Engl Ed)*. 2021;36(2):179-80. DOI: 10.1016/j.nrl.2020.02.010.

11. 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(6):1054-8. DOI: 10.1097/SLA.0b013e31822d78b8.
12. 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(4):290-2. DOI: 10.1016/j.semerg.2017.11.004.
13. Kanakarajan S, High K, Nagaraja R. Chronic abdominal wall pain and ultrasound-guided abdominal cutaneous nerve infiltration: a case series. *Pain Med.* 2011;12(3):382-6. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2011.01056.x.