

Clínica, diagnóstico y tratamiento en paciente con síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior (SANCA)

Álvaro Sánchez-Tabernero*, Yaiza Beatriz Molero Díez*, Francisco Antonio Ruiz Simón*, Miguelina Eugenia Michel Tactuk*.

* LES. Servicio de Anestesiología y Reanimación. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Álvaro Sánchez Tabernero. alvarosanchezt@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior (SANCA) es una entidad cuya incidencia es desconocida, aunque algunos estudios la cifran en 1 caso / 2.000 pacientes.

Se caracteriza por ser un dolor punzante, a punta de dedo, que empeora con la presión en dicho punto.

El bloqueo con anestésico local y corticoides sirve de diagnóstico y a la vez de terapia para dicho cuadro.

El objetivo es dar a conocer una posibilidad no tan usual en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal.

Exposición del Caso: Varón de 45 años derivado por Cirugía a la Unidad del Dolor por presentar cuadro de dolor abdominal a punta de dedo en región para umbilical izquierda. Ya había sido descartada posible patología herniaria o visceral.

Diagnóstico y Discusión: El diagnóstico de SANCA es básicamente por descarte y por infiltración de anestésico local en zona afecta, siendo esto diagnóstico y a la vez terapéutico. La ecografía nos puede ayudar en el diagnóstico y en la infiltración.

PALABRAS CLAVE

ACNES, Carnett, dolor, tratamiento.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior (SANCA) es una entidad poco frecuente, cuya incidencia es desconocida, aunque algunos estudios la cifran en 1 caso / 2.000 pacientes [1], que plantea un desafío diagnóstico en los pacientes, tanto niños como adultos, con dolor abdominal crónico, siendo este definido como aquel que dura más de un mes. El dolor abdominal crónico es una patología muy frecuente y su diagnóstico diferencial es muy amplio, dando casi siempre prioridad a las causas de origen visceral y pasando por alto las de origen parietal [2], exceptuando las hernias.

Tras descartar otros diagnósticos, la ecografía, la maniobra de Carnett, y la infiltración con anestésico local, nos dará la solución.

El diagnóstico diferencial del dolor abdominal es complejo, con esta exposición de caso clínico, nuestro objetivo es aportar esta posibilidad a tener en cuenta en el estudio del dolor abdominal.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 45 años que acudió a la consulta de Unidad de Dolor remitido por Cirugía por presentar dolor a nivel paraumbilical izquierdo a punta de dedo. Cirugía había descartado cualquier patología herniaria o visceral y remiten para valoración y tratamiento del cuadro si procede.

Los antecedentes del paciente eran irrelevantes, no presentaba alergias medicamentosas conocidas, no tomaba medicación habitual y no había sido sometido a cirugías previas.

Refería un cuadro de dolor de 2-3 meses de evolución, de localización para umbilical izquierda, sin irradiación, de características punzantes y de una intensidad moderada.

A la exploración presentaba una zona pequeña, muy localizada, paraumbilical izquierda con dolor a la presión.

Se solicitó ecografía abdominal con la información clínica descrita previamente. El informe de la ecografía mostró signos compatibles con SANCA.

Se citó al paciente para infiltración ecoguiada con anestésico local y corticoide.

Actualmente el paciente lleva 3 meses sin dolor tras dicha infiltración.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN.

Los nervios cutáneos anteriores son ramas terminales de los nervios intercostales 8 a 12. El SANCA, o también conocido por su acrónimo en inglés de ACNES (Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome) se caracteriza, como su propio nombre indica, por un atrapamiento de cualquiera de dichos nervios, normalmente por la fascia anterior del músculo recto del abdomen. Dicha entidad entra dentro del diagnóstico diferencial en cuadros de dolor abdominal crónico de origen parietal. Su incidencia es desconocida, pero algunos trabajos apuntan a 1 caso de cada 2.000 pacientes [1]. Las causas de dicho cuadro son muy variadas, desde presión intra o extrabdominal a problemas de cicatrización, pasando por isquemia, entre otras [3, 4].

El diagnóstico de dicho cuadro se basa en la ecografía y unos criterios diagnósticos de dolor originado en la pared abdominal (ver tabla 1) [5]. La maniobra de Carnett, descrita en 1926, es característica de este cuadro. Se realiza con el paciente en decúbito supino y presionando con un dedo el punto de dolor máximo mientras que el paciente flexiona la cadera o levanta el tronco; si el dolor empeora, el signo de Carnett es positivo.

El bloqueo con anestésico local de la zona dolorida es diagnóstico y a la vez terapéutico. Podrían repetirse varios bloqueos si fuera necesario. En caso de no mejoría y gran componente neuropático de dolor, podría valorarse introducir coadyuvantes analgésicos de tipo (gabapentina, pregabalina, etc.). Si nada de lo anterior fuera efectivo, se podría plantear una neurectomía tras exploración quirúrgica.

En pacientes con dolor abdominal crónico de origen parietal debemos plantearnos la posibilidad de

diagnóstico de SANCA. A pesar de que la incidencia es baja, el descarte de otras patologías y la buena evolución con un tratamiento tan simple como una infiltración de anestésico local hacen que su despistaje no sea tan complejo. Como pruebas complementarias se podría solicitar una ecografía, que a su vez valdría para el descartar patología herniaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. van Assen T, Brouns JAGM, 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. Akhnikh S, De Korte N, De Winter P. Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES): the forgotten diagnosis. *Eur J Pediatr.* 2014; 173(4):445-9.
3. Kifer T, Mišak Z, Jadrešin O, Hojsak I. Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome in Children: A Prospective Observational Study. *Clin J Pain.* 2018; 34(7):670-3.
4. Scheltinga MR, Roumen RM. Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES). *Hernia.* 2018; 22(3):507-16.
5. Rivero Fernández M, Moreira Vicente V, Riesco López JM, Rodríguez Gandía MA, Garrido Gómez E, Milicua Salameiro JM. Pain originating from the abdominal wall: a forgotten diagnostic option. *Gastroenterol Hepatol.* 2007; 30(4):244-50.

TABLAS Y FIGURAS

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 infiltración de anestésico local en zona dolorosa.

Tabla 1. Algoritmo diagnóstico de dolor originado en la pared abdominal.

Para establecerse la sospecha diagnóstica deben cumplirse al menos 1 signo/síntoma de cada columna