CASOS CLÍNCOS

EDICIONES Universidad Valladolid

Cuando el dolor abdominal no es visceral: síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior abdominal (ACNES). A propósito de un caso

When abdominal pain is not visceral: anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES). A case report

VÍCTOR MÍNGUEZ-VELASCO[1,2,3], ESTHER VALVERDE-PÉREZ[1,2]
[1]Instituto de Biomedicina y Genética Molecular (IBGM) – Universidad de Valladolid, Valladolid
[2]Departamento de Bioquímica y Biología Molecular y Fisiología. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid, Valladolid.
[3]Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL), Valladolid.

Recibido: 19/08/2026
Aceptado: 08/11/2026

Correspondencia: vminguez@saludcastillayleon.es
DOI: 10.24197/4gbkf954

El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior abdominal (ACNES) es una causa frecuente e infradiagnosticada de dolor abdominal de origen parietal. Su presentación clínica puede simular múltiples patologías digestivas, ocasionando consultas reiteradas y pruebas complementarias innecesarias. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y requiere un elevado índice de sospecha.

Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES) is a common and underdiagnosed cause of abdominal wall pain. Its clinical presentation can mimic multiple gastrointestinal disorders, leading to repeated consultations and unnecessary diagnostic tests. Diagnosis is primarily clinical and requires a high index of suspicion.

PALABRAS CLAVE: ACNES, ATENCIÓN PRIMARIA, ABDOMINALGIA INESPECÍFICA,DOLOR PARED ABDOMINAL

KEYWORDS: ACNES, PRIMARY CARE, NONSPECIFIC ABDOMINAL PAIN; ABDOMINAL WALL APIN

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior abdominal (ACNES, Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome) constituye una causa frecuentemente infradiagnosticada de dolor abdominal de origen parietal. Se produce por el atrapamiento de las ramas terminales de los nervios intercostales al atravesar la fascia abdominal, generando dolor localizado que puede confundirse con múltiples procesos viscerales. Se estima que representa una prevalencia relevante (15-30%) de los casos de dolor abdominal persistente atendidos en consultas especializadas, aunque continúa siendo una entidad poco reconocida en Atención Primaria y los Servicios de Urgencias.

La ausencia de alteraciones analíticas o radiológicas suele retrasar el diagnóstico, favoreciendo la realización de estudios complementarios repetidos. Por ello, la sospecha clínica desempeña un papel fundamental para su identificación precoz.

2. HISTORIA CLÍNICA

Varón de 59 años con antecedentes de hepatitis C tratada, hiperplasia benigna de próstata en tratamiento farmacológico y tabaquismo activo de aproximadamente 10 cigarrillos diarios desde hacía más de cuatro décadas. No tiene alergias medicamentosas conocidas.

Consultó inicialmente en un Servicio de Urgencias de Atención Primaria por dolor abdominal de inicio agudo localizado en epigastrio, sin mejoría tras tratamiento sintomático. Debido a la persistencia del cuadro fue derivado posteriormente a Urgencias hospitalarias.

Refería dolor epigástrico continuo irradiado a región escapular derecha, acompañado de náuseas, distermia, hiporexia y sensación ocasional de reflujo gastroesofágico. Asimismo, describía pérdida ponderal aproximada de 3 kg durante los seis meses previos. Negaba disnea, dolor torácico o síntomas urinarios.

A la exploración física presentaba buen estado general, con estabilidad hemodinámica. El abdomen era blando y depresible, con dolor localizado a la palpación en epigastrio, sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables. La exploración cardiopulmonar resultó normal.

3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La analítica sanguínea mostró hemograma, bioquímica, función renal, perfil hepático y coagulación sin alteraciones clínicamente relevantes. La proteína C reactiva fue negativa (<0,05 mg/dL). El sistemático de orina tampoco evidenció hallazgos patológicos.

El electrocardiograma mostró ritmo sinusal a 70 latidos por minuto, con eje cardiaco normal, sin alteraciones de la repolarización ni signos de isquemia aguda.

La ecografía abdominal no identificó anomalías significativas, no identificándose causa intrabdominal.

La radiografía simple de abdomen evidenció un patrón gaseoso no obstructivo, sin signos de perforación ni hallazgos compatibles con patología abdominal aguda. (Figura 1)

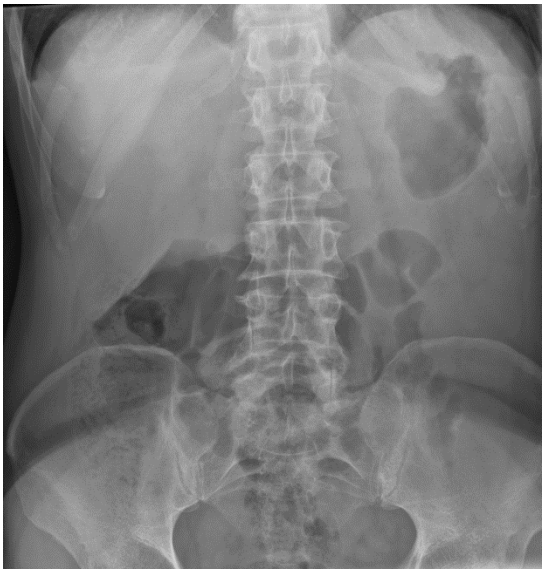


Figura 1: Radiografía de abdomen simple anteroposterior sin anomalías reseñables.

4. Evolución

Durante su estancia en Urgencias recibió tratamiento sintomático con analgesia y antieméticos, persistiendo parcialmente la sintomatología. El estudio analítico, ecográfico y radiológico no mostró hallazgos relevantes, por lo que fue dado de alta para seguimiento por su médico de Atención Primaria.

Ante la persistencia del dolor en los días posteriores, el paciente acudió nuevamente a consulta con su médico de familia. Durante esta valoración se realizó una exploración dirigida de la pared abdominal, objetivándose un punto doloroso bien delimitado en la región epigástrica. Asimismo, al solicitar al paciente que elevara la cabeza y los hombros desde la camilla mientras se mantenía la palpación sobre el punto doloroso, se observó un aumento de la intensidad del dolor (signo de Carnett positivo), sin objetivarse nuevos hallazgos sugestivos de patología visceral.

Aunque inicialmente se planteó como posibilidad diagnóstica un cuadro de gastritis, la ausencia de alteraciones en las pruebas complementarias previamente realizadas, junto con la localización del dolor y los hallazgos de la exploración física, hicieron considerar como alternativa diagnóstica un síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior abdominal (ACNES).

Se decidió una actitud conservadora y seguimiento clínico evolutivo. En las semanas posteriores el paciente presentó mejoría progresiva hasta la resolución completa de la sintomatología, sin precisar nuevas pruebas diagnósticas, derivación hospitalaria ni tratamiento específico.

5. Diagnóstico

Alta sospecha clínica de síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior abdominal (ACNES).

La sospecha diagnóstica se fundamentó en la persistencia de dolor epigástrico localizado, la presencia de un punto doloroso bien delimitado en la pared abdominal, la positividad del signo de Carnett durante la reevaluación en Atención Primaria y la ausencia de hallazgos relevantes en la analítica, la ecografía abdominal y la radiografía simple de abdomen. Aunque la edad del paciente, el tabaquismo activo y la pérdida ponderal referida constituían datos de alarma que obligaban a descartar patología orgánica —biliar, péptica o neoplásica—, la normalidad de las pruebas de laboratorio y de imagen, la ausencia de progresión clínica y la resolución espontánea del cuadro respaldaron la orientación hacia un origen parietal del dolor, sin precisar en este caso estudios endoscópicos adicionales.

6. Discusión

La abdominalgia inespecífica constituye uno de los diagnósticos más frecuentes en los Servicios de Urgencias cuando, tras una adecuada evaluación clínica y la realización de pruebas complementarias, no se identifica una causa orgánica que justifique la sintomatología. Aunque la mayoría de estos cuadros presentan una evolución favorable, la persistencia de los síntomas obliga a reconsiderar el diagnóstico diferencial e incluir causas menos habituales de dolor abdominal.

A pesar de su relativa frecuencia, el ACNES sigue siendo poco reconocido en la práctica clínica habitual, en parte por la similitud de su presentación con la de numerosas patologías digestivas, lo que favorece la realización de exploraciones complementarias repetidas y retrasa el diagnóstico.

En nuestro caso, la persistencia del dolor pese al tratamiento sintomático, junto con la normalidad de la analítica sanguínea y de las pruebas de imagen realizadas, motivó una reevaluación clínica en Atención Primaria. La identificación de un punto doloroso localizado y la positividad del signo de Carnett orientaron hacia un origen parietal del dolor y aumentaron la sospecha clínica de

ACNES. El signo de Carnett, caracterizado por la persistencia o el aumento del dolor durante la contracción de la musculatura abdominal, constituye una herramienta clínica sencilla para diferenciar el dolor de pared abdominal del dolor de origen visceral, además de tener carcaterísticas sordas, quemantes y empeorar con el esfuerzo y contracción muscular.

Este caso pone de manifiesto la importancia de realizar una exploración física dirigida de la pared abdominal en pacientes con abdominalgia persistente y estudio complementario negativo. Asimismo, resalta el valor de la continuidad asistencial entre Urgencias y Atención Primaria, donde la reevaluación evolutiva puede aportar hallazgos clínicos determinantes para alcanzar el diagnóstico.

El tratamiento del ACNES incluye medidas conservadoras, analgesia e infiltraciones locales con anestésicos, que además pueden utilizarse con finalidad diagnóstica. En los casos refractarios puede plantearse la neurectomía quirúrgica. En nuestro paciente, la evolución favorable permitió un manejo conservador sin necesidad de intervenciones adicionales.

7. CONCLUSIONES

El síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo anterior abdominal debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con abdominalgia persistente y pruebas complementarias normales.

La exploración física dirigida de la pared abdominal, especialmente mediante la identificación de puntos dolorosos localizados y la realización del signo de Carnett, puede aportar información diagnóstica clave y evitar exploraciones complementarias innecesarias.

La continuidad asistencial entre Urgencias y Atención Primaria resulta fundamental para la reevaluación diagnóstica de las abdominalgias inicialmente catalogadas como inespecíficas.

8. ÉTICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la utilización de sus datos clínicos y pruebas complementarias. Se han respetado los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki y la normativa vigente en materia de protección de datos personales, garantizando en todo momento la anonimización de la información clínica y la confidencialidad del paciente.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación con la elaboración de este trabajo.

PUNTOS DESTACADOS

El ACNES es una causa infradiagnosticada de dolor abdominal. Su reconocimiento mediante una exploración física dirigida permite orientar el diagnóstico diferencial de la abdominalgia inespecífica, evitar pruebas innecesarias y reducir retrasos diagnósticos.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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):223-229.

2. Calvo-Mosquera G, López-Cela T, Fernández-Castro M, Fernández-Meré LÁ, Iglesias-Iglesias A. ACNES como causa de dolor abdominal crónico. Rev Soc Esp Dolor. 2018;25(6):360-361.

3. Srinivasan R, Greenbaum DS. Chronic abdominal wall pain: a frequently overlooked problem. Practical approach to diagnosis and management. Am J Gastroenterol. 2002;97(4):824-830.

4. 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):1054-1058. doi:10.1097/SLA.0b013e31822d78b8