

Dolor abdominal de llarga evolució

DRA. CARMEN PORCAR RIVERO

Consorci Sanitari de Terrassa. Centre d'Alt Rendiment Esportiu. Sant Cugat del Vallès. Barcelona.

RESUM: Les afeccions de les parts toves de l'aparell locomotor són, tot sovint, una part de la medicina poc coneguda i, per tant, insuficientment o mal tractades. El desconeixement d'aquestes afeccions i les seves complicacions fa que, sovint, no es diagnostiquin i, per tant, no siguin tractades. El pacient visita diferents metges, fins i tot psiquiatres, sense obtenir un diagnòstic clar. Faria falta millorar la informació dels metges sobre l'existència d'aquestes malalties i la possibilitat de consulta i derivació a professionals capacitats per diagnosticar-les i tractar-les.

PARAULES CLAU: Cicatriu muscular. Pinçament nerviós.

ABSTRACT: Soft tissue diseases of the locomotor apparatus are often a little known area of medicine and therefore poorly or insufficiently treated. Because of the lack of awareness of these diseases and their complications, they are often not diagnosed and are consequently left untreated. Affected patients will often visit a series of physicians, including psychiatrists, without receiving a clear diagnosis.

Physicians should become better informed about these diseases and the possibilities of referral to specialists able to diagnose and treat these processes.

KEY WORDS: Muscular scarring. Nerve entrapment.

ANAMNESI

La pacient és una dona de 14 anys que practica la doma clàssica. Ha estat visitada anteriorment en altres centres i no se li ha trobat cap patologia visceral abdominal ni ginecològica que expliqui la problemàtica per la qual consulta.

Antecedents patològics

- Infecció gàstrica per *Helicobacter pylori*.
- Ruptura del múscul recte de l'abdomen en dues ocasions, fa uns 14-16 mesos.

Motiu de consulta

La raó de la consulta és un dolor abdominal d'un any d'evolució. El dolor és de característiques neuràlgiques, paroxísic, que apareix amb el moviment i que fins i tot la desperta durant la nit i que la pacient descriu com una cremada o punxada. Aquest dolor li impedeix dur a terme una vida normal, ja que només està asimptomàtica estirada i sense bellugar-se.

Exploració física

En la palpació, el dolor es localitza en la regió periumbilical i en la porció infraumbilical del recte anterior esquerre. La pressió local i la contracció de la musculatura abdominal el provoca.

En la seva visita a altres centres, se li han practicat un parell d'infiltracions locals (amb anestèsic i corticoides) que han calmat el dolor uns minuts, però ha tornat a reaparèixer en dissipar-se l'efecte de l'anestèsic local.

Exploracions complementàries

Aporta diverses exploracions complementàries: una ecografia abdominal,

Figura 1



Figura 2



una ecografia ginecològica, una ecografia musculo-esquelètica, un TAC abdominal, una gammagrafia òssia, una RMN i una anàlisi sanguínia. En el TAC abdominal es veu una imatge patològica al múscul recte de l'abdomen esquerre, compatible amb una cicatriu muscular (fig. 1). En l'ecografia ginecològica s'observa un quist fol·licular a l'ovari dret, al qual el ginecòleg no dona importància. En l'ecografia musculotendinosa es veuen dues cicatrius fibroses al múscul recte de l'abdomen esquerre a nivell diferent (fig. 2).

Orientació diagnòstica

Els antecedents, l'exploració clínica i les exploracions complementàries orienten cap a una neuràlgia per atrapament nerviós, secundària a la formació d'una cicatriu fibrosa en el múscul recte de l'abdomen. Reafirma el diagnòstic el fet que el punt d'origen del dolor estigui localitzat al lloc on es localitza la cicatriu muscular.

Tractament

El nostre consell va ser la derivació de la pacient a una unitat de tractament del dolor per fer-hi una neuròlisi.

Inicialment la família s'hi va negar i es decidí iniciar un tractament farmacològic. Es va receptar Gabapentina (Neurontino), a dosi de 300 mg per dia. La pacient va millorar substancialment, però bé que el dolor no va desaparèixer del tot. Finalment, la família va acceptar la derivació a una clínica de dolor.

A la clínica de dolor es va decidir fer una neuròlisi amb radiofreqüència polsada, després de la localització del punt dolorós amb estimulació nerviosa. Amb aquest tractament el dolor va desaparèixer. Nou mesos després hi va haver una recaiguda, però de menys intensitat. Va caldre la repetició del tractament, amb la desaparició del dolor.

DISCUSSIÓ

El primer diagnòstic diferencial que hem de fer davant d'un dolor abdominal és si és d'origen visceral o de paret abdominal. El test de Cannett¹ és d'utilitat per a aquest diagnòstic: palpem l'abdomen del pacient, que està situat en decúbit supí, fins a trobar el punt de dolor. Es demana al pacient que contregui la musculatura abdominal, aixecant el tòrax de la llitera. En aquesta posició es torna a prémer el punt dolorós i es demana al pacient si el dolor ha canviat. Si la raó del dolor és intraabdominal, la musculatura a tensió protegeix les vísceres i el dolor disminueix. En canvi, si el dolor s'origina a la paret abdominal el dolor es manté o augmenta.

Les patologies que amb més freqüència poden produir dolor a la paret abdominal són:

- La lesió iatrogènica de nervi perifèric.
- L'atrapament del nervi cutani abdominal².
- Les hèrnies³.
- La síndrome de dolor miofascial.
- La síndrome condrocostal.
- El dolor abdominal d'origen vertebral.
- L'hematoma espontani de la beina del múscul recte de l'abdomen.
- La ruptura muscular.

El cas clínic que ens ocupa és una lesió per l'atrapament d'una branca sensitiva del nervi cutani abdominal. S'anomenen iatrogèniques perquè amb freqüència són secundàries a la cirurgia abdominal, tot produint-se una secció del nervi per incisió o bé un atrapament nerviós per la sutura o per la formació de la cicatriu.

No és un atrapament de nervi cutani abdominal⁴, ja que aquest es produeix al nivell dels anells fibrosos que permeten el pas de l'interior cap a la part exterior del recte anterior abdominal, dels nervis cutanis abdominals. Aquests anells fibrosos es troben tot al llarg de la línia externa del múscul recte abdominal.

El diagnòstic de l'atrapament de nervi perifèric⁵ es fonamenta en els tres punts següents:

1. Dolor cremant o punxant en l'àrea innervada pel nervi.
2. Alteració de la funció sensorial en la zona de distribució del nervi.
3. Alleujament del dolor per la infiltració d'un anestèsic local.

Tractament

- La *infiltració* amb anestèsic local i corticosteroides alleuja el dolor durant uns 30 minuts, aproximadament. L'acció local del corticoste-

roide pot disminuir el dolor durant uns dies. Aquest tractament es pot fer servir per tractar el punt dolorós causat pel neuroma secundari a una cicatriu quirúrgica. No es pot repetir moltes vegades, perquè la repetició de dosis de corticosteroides pot produir la debilitació de la fàscia, i afavorir l'aparició d'una hèrnia.

- Les injeccions amb *fenol* són una altra alternativa, però s'han de fer per un anestesista o un especialista en tractament del dolor.
- El tractament amb *radiofreqüència polsada* l'ha de fer un especialista en dolor. Pot ser necessària la repetició del tractament.
- Una altra possibilitat és el *bloqueig del nervi simpàtic*, que, òbviament, també l'ha de fer un anestesista.
- Finalment, en els casos resistents ens queda l'opció de la *resecció quirúrgica*.

Bibliografia

1. Carter JE. Abdominal Wall Pain: When to Operate and When to not. *Obgyn. net*
2. Stewart JD. Focal peripheral neuropathies (third edition). Lippincott Williams and Wilkins, 2000; 505.
3. Garret WE Jr, Kirkendall DT, Speer KP, Kitkowski MD. Principles and practice of Orthopaedic Sports Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000; 215-222.
4. Appelgate WV. Abdominal Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome (ACNES): a commonly overlooked cause of abdominal pain. *Physician Work Environment*. 2002;6. Disponible a: <http://xnet.kp.org/permanentejournal/sum02/acnes.pdf>
5. Suleiman S, Johnston DE. The Abdominal Wall: an overlooked source of pain. *American Family Physician*. 2001; 64:413-8.