

INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:
V.F. Moreira, E. Garrido

Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal

Dolor de la pared abdominal

¿QUÉ ENTENDEMOS POR DOLOR DE LA PARED ABDOMINAL?

El dolor de la pared abdominal es una entidad clínica que comprende todas las patologías que afectan a las estructuras anatómicas de la pared abdominal (piel, tejido celular subcutáneo, peritoneo, aponeurosis, grupos musculares abdominales y terminaciones nerviosas). A pesar de que hasta un 20 % de los pacientes con dolor abdominal crónico inespecífico o no diagnosticado pueden atribuirse a dolor de la pared abdominal, todavía es un diagnóstico “olvidado” por muchos especialistas puesto que requiere de una elevada sospecha por parte del clínico. Antes del diagnóstico, muchos de estos pacientes están catalogados como enfermos funcionales, se han sometido a numerosas exploraciones y han recibido diferentes tratamientos sin éxito. Aparece en edades medias de la vida (40-60 años) y es más frecuente en mujeres. No se ha conseguido demostrar relación con ninguna patología, aunque la obesidad, las enfermedades crónicas y el antecedente de cirugías abdominales suelen ser hallazgos comunes en estos pacientes.

¿CÓMO SE MANIFIESTA EL DOLOR?

El dolor es el síntoma fundamental y generalmente el único. La asociación con síntomas “orgánicos” (vómitos, fiebre, alteración del ritmo intestinal, pérdida de peso...) es rara y suele indicar una afectación más profunda con compromiso visceral. Generalmente el dolor está bien localizado en el abdomen e incluso el paciente es capaz de delimitarlo con exactitud (“a punta de dedo”). Se presenta en forma de molestia crónica, diaria, continua y de baja intensidad. Es más frecuente en el lado derecho aunque puede ubicarse en cualquier localización abdominal o en varias simultáneamente. En la exploración abdominal suele detectarse dolor selectivo a la palpación superficial con aumento de la sensibilidad en la piel cercana a la zona dolorosa (hiperestesia). Las maniobras posturales que aumentan la presión sobre el abdomen (toser, caminar, reír, hacer ejercicio) suelen agravar los síntomas, así como la obesidad y la presencia de cicatrices abdominales. Por el contrario las situaciones en las que la musculatura abdominal se relaja y donde no existe compresión sobre las estructuras de la pared como estar sentado o tumbado pueden proporcionar alivio. Estas características son la base de la principal maniobra exploratoria: el signo de Carnett. La realización del test de Carnett es técnicamente sencilla y aporta importante información clínica porque discrimina entre dolor visceral y dolor de la pared. Se realiza con el paciente tumbado hacia arriba (decúbito supino); ejerciendo presión con el dedo sobre el punto abdominal doloroso se pide al paciente que realice una flexión de la cabeza y el tronco. Si el dolor aumenta o persiste (signo positivo) nos orienta hacia un dolor de la pared abdominal. Sin embargo, si el dolor disminuye (signo negativo) indica que la tensión muscular protege a los órganos internos y por tanto el origen del dolor es visceral.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS?

La mayoría de las causas de dolor de la pared abdominal se deben a lesiones de estructuras de la pared, siendo las hernias de la pared la causa más frecuente. El “atrapamiento nervioso cutáneo”, las lesiones o cicatrices quirúrgicas, los lipomas y los hematomas de la pared son relativamente habituales. Existen otras causas más raras producidas por el dolor referido al abdomen secundario a la afectación de terminaciones nerviosas en los niveles torácicos de la columna (T7-T12), frecuentes en pacientes diabéticos o con reactivaciones del virus varicela-zoster.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico se basa exclusivamente en la historia clínica, las características del dolor y la exploración abdominal (signo de Carnett). La combinación de una serie de signos y síntomas clínicos (dolor a punta de dedo, localización constante de la zona dolorosa, hipersensibilidad superficial, diámetro de la zona menor o igual a 2 cm y el test de Carnett positivo) pueden ayudarnos a establecer el diagnóstico. La mejoría clínica tras la inyección de anestésico tópico puede ayudarnos a confirmar nuestra la sospecha. Generalmente el resto de exploraciones (análisis, endoscopias, estudios radiológicos) suelen ser normales o mostrar hallazgos inespecíficos no relacionados con el diagnóstico. En ocasiones, la realización de una ecografía de partes blandas puede aportar información útil para completar el diagnóstico etiológico, descartando lesiones de estructuras de la pared (hernias, hematomas, lipomas...).

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD?

Si el dolor no interfiere con la calidad de vida, la aplicación de medidas locales (calor/frío) y la educación postural para evitar la contracción abdominal mantenida pueden ser suficientes. De todas formas el tratamiento varía en función de la causa y la intensidad de los síntomas. Puede recurrirse al tratamiento farmacológico con uso de analgésicos, aunque su efectividad es limitada. Únicamente en casos de dolor asociado a las terminaciones nerviosas en pacientes diabéticos, la amitriptilina ha demostrado eficacia. La aplicación de anestésico tópico (bupivacaína al 0,25 % o lidocaína al 1 %) en inyecciones de 1-2 ml sobre la zona dolorosa puede ser eficaz a corto-medio plazo hasta en un 60-90 % de los pacientes y nos ayuda a confirmar el diagnóstico. Pueden ser necesarias varias sesiones y suele asociarse corticoides a la inyección para prolongar el efecto analgésico inicial. En casos seleccionados, la cirugía puede ser útil para liberar nervios atrapados o extirpar lesiones de la pared.

Miguel Rivero Fernández y Patricia Sanz Moya
Sección de Aparato Digestivo. Hospital Universitario
del Sureste. Arganda del Rey, Madrid