

Dolor de la pared abdominal

Lesiones localizadas en las estructuras de la pared suelen ser el origen de la mayoría de casos de esta dolencia, siendo las más frecuentes las hernias de la pared y relativamente habituales atrapamiento nervioso cutáneo, lesiones o cicatrices quirúrgicas, lipomas y hematomas de la pared.

El dolor de la pared abdominal es una entidad clínica que agrupa las patologías que afectan a las estructuras anatómicas de la pared abdominal (piel, tejido celular subcutáneo, peritoneo, aponeurosis, grupos musculares abdominales y terminaciones nerviosas). 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. Se estima que hasta un 20 % de los pacientes con dolor abdominal crónico no diagnosticado pueden atribuirse a dolor de la pared abdominal.

El dolor suele ser el único síntoma y como norma, se trata de un dolor bien localizado (diámetro de la zona menor o igual a 2 cm) que se presenta en forma de molestia crónica, continua y sin excesiva intensidad. Acciones y posturas que aumentan la presión sobre el abdomen como toser, caminar, reír, hacer ejercicio, etc, suelen agravar los síntomas. Las situaciones en las que la musculatura abdominal se relaja, en las que no existe compresión sobre las estructuras de la pared como estar sentado o tumbado pueden proporcionar alivio. Si se realiza exploración abdominal suele detectarse dolor selectivo a la palpación superficial con aumento de la sensibilidad en la piel cercana a la zona dolorosa (hiperestesia). La principal maniobra exploratoria es la realización del test de Carnett, pues que permite discriminar entre dolor visceral y dolor de la pared abdominal. Se realiza con el paciente tumbado hacia arriba (decúbito supino), y presionando ligeramente sobre el punto de doloroso se indica al paciente que realice una flexión de la cabeza y el tronco. Si el dolor aumenta o persiste nos orienta hacia presencia de dolor de la pared abdominal. Por el contrario, si el dolor disminuye (signo negativo) se interpreta la tensión muscular protege a los órganos internos y por tanto que el dolor tiene origen visceral. También puede ser de ayuda al diagnóstico la realización de una ecografía de partes blandas que permitiría localizar hernias, hematomas, lipomas...

Las lesiones localizadas en las estructuras de la pared suelen ser el origen de la mayoría de casos, siendo las más frecuentes las hernias de la pared y relativamente habituales situaciones como atrapamiento nervioso cutáneo, lesiones o cicatrices quirúrgicas, lipomas y hematomas de la pared. Pueden existir, pero más raramente, dolor 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.

El tratamiento varía en función de la causa y la intensidad de los síntomas: si el dolor no interfiere de forma exagerada 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; en determinados casos puede recurrirse al tratamiento farmacológico como uso de analgésicos, aunque por lo general con poca efectividad. Únicamente en los 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. 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.

Fuente:

Rev Esp Enferm Dig 2014; 106(4): 293