



Síndrome de atrapamiento del nervio ilioinguinal

Juan Francisco Funes Rodríguez,¹ Luis Gerardo Domínguez Gasca,²
Christian Ramme Cruzat,³ Luis Gerardo Domínguez Carrillo⁴

Resumen

Introducción: El síndrome de atrapamiento del nervio ilioinguinal se caracteriza por la tríada clínica de dolor abdominal en fossa ilíaca con patrón de irradiación y alteración de la sensibilidad en el quinto interno del ligamento inguinal, raíz del pene y parte superior de la bolsa escrotal ipsilateral. **Caso clínico:** Paciente masculino de 19 años, con ocho meses de evolución de dolor abdominal crónico de tipo urente en fossa ilíaca derecha con irradiación a quinto interno del ligamento inguinal, raíz del pene y parte superior de bolsa escrotal ipsilateral; el dolor es constante, con 7 de calificación en escala visual análoga, exacerbado con maniobra de Valsalva. A la exploración: signo de Carnett positivo, alodinia e hiperestesia en zona interna antes mencionada. **Conclusión:** La neuralgia del nervio inguinal puede ser diagnosticada y tratada con infiltración de anestésico local; su reconocimiento evita estudios innecesarios.

Palabras clave: Atrapamiento, nervio ilioinguinal, dolor abdominal crónico.

Summary

Introduction: Ilioinguinal nerve entrapment syndrome is an abdominal muscular pain, characterized by the clinical triad of muscular type iliac fossa pain with a characteristic radiation pattern, an altered sensory perception in the ilioinguinal nerve cutaneous innervation area, and a well-circumscribed trigger point medial and below the anterosuperior iliac spine. **Clinical case:** A 19 years old male with eight months of evolution characterized by chronic burning abdominal pain located on right iliac fossa with radiation to internal fifth of inguinal ligament, right root of penis and upper zone of scrotal bag, on 7 in analogue visual scale, permanent, and exacerbated by Valsalva maneuver. Physical: Positive Carnett sign, allodynia and hyperesthesia on ipsilateral scrotal bag and penis root. **Conclusion:** Ilioinguinal nerve entrapment syndrome can be treated by infiltration of a local anaesthetic confirming the diagnosis. Knowledge of this syndrome prevents unnecessary investigation.

Key words: Entrapment, ilioinguinal nerve, chronic abdominal pain.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico de la pared abdominal (DCPA)¹ es con frecuencia mal diagnosticado, ya que la sintomatología hace pensar en afección de viscera abdominal, lo que ocasiona exceso de exámenes de laboratorio y de gabinete, prescripción de tratamientos inadecuados y elevación de costos. La prevalencia del DCPA se desconoce; se estima en 10% de los pacientes con dolor crónico idiopático que acuden a consulta de gastroenterología. Las causas más frecuentes de DCPA son: el atrapamiento de una rama anterior cutánea de uno o más de los nervios torácicos intercostales o de los ramos lumbares de trayecto abdominogenital, dolor miofascial y, por último, radiculopatía, siendo esta última la menos frecuente. Al presentarse un paciente con DCPA de ocho meses de evolución en quien se diagnosticó síndrome de atrapamiento del nervio ilioinguinal derecho, realizamos este reporte.

¹ Cirujano General. División de Cirugía del Hospital Ángeles León.

² Residente de Traumatología y Ortopedia. Hospital General de León. León, Guanajuato.

³ Urólogo, División de Cirugía del Hospital Ángeles León.

⁴ Especialista en Medicina de Rehabilitación. Profesor de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

Correspondencia:

Luis Gerardo Domínguez Carrillo
Correo electrónico: lgdomínguez@hotmail.com

Aceptado: 26-01-2017.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actamedica>

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 19 años, sin antecedentes de importancia, con padecimiento de ocho meses de evolución, caracterizado por dolor crónico, urente, a nivel de fosa iliaca derecha, 3 cm inferior a punto de McBurney, con irradiación a quinto interno de región inguinal ipsilateral, pared derecha de bolsa escrotal y porción derecha de base del pene; el dolor es catalogado en 7 de EVA (escala visual análoga), es constante, con exacerbaciones posteriores a esfuerzo (maniobra de Valsalva) y mejoría relativa en posición de esquiador con rodillas en semiflexión. Por interrogatorio dirigido, el joven entró a trabajar a una tortillería hace 10 meses, teniendo por encargo estirar botes con masa de aproximadamente 20 kilos desde el piso hasta encima de su cabeza, efectuándolo durante seis horas aproximadamente cada 20 minutos. Es valorado por medicina general, ortopedia (con radiografías de ambas caderas y columna lumbar), urología (con urografía excretora) y cirugía general (con ultrasonido inguinal y tomografía de abdomen), sin encontrar origen de la sintomatología, siendo canalizado a rehabilitación con diagnóstico de tendinitis proximal del recto anterior del cuádriceps y aductores. A la exploración en rehabilitación, postura en posición antálgica con semiflexión de tronco, cabeza, cuello, tórax y extremidades, los resultados son normales; abdomen plano con músculos abdominales marcados, blando y no doloroso, peristalsis normal, con prueba de Carnett negativa, volviéndose positiva con la flexo-rotación del tronco a la izquierda (contracción abdominal, llevando codo derecho a rodilla izquierda), exacerbando dolor antes mencionado, presencia de alodinia e hiperestesia en quinto interno del ligamento inguinal, porción derecha de base del pene y dos tercios superiores de zona derecha de bolsa escrotal. El presunto diagnóstico es de neuralgia del nervio ilioinguinal derecho. Bajo consentimiento informado, se procede a aplicar bloqueo con 5 mL de lidocaína al 1% sin epinefrina en un punto localizado a 3 cm por dentro y 3 cm por debajo de espina iliaca anterosuperior, desapareciendo el dolor y confirmando el diagnóstico. Se le indicó cambio de actividad laboral y no realizar ejercicios abdominales por un mes, quedando la cita abierta. Seis semanas después reapareció el dolor con intensidad de 4 en EVA; se repitió bloqueo nervioso con las mismas características, por lo que se agregaron 5 mg de betametasona. A cinco meses de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático.

DISCUSIÓN

Los pacientes con dolor abdominal crónico ocasionalmente sufren de síndrome de atrapamiento nervioso.² En 2 a 3% de los pacientes con DAC en quienes previamente no se

logró demostrar anomalía patológica, el dolor se origina por atrapamiento de un nervio de pared abdominal. Van Assen et al.³ mencionan que este cuadro se presenta en 22/100,000 casos anuales que acuden al Servicio de Urgencias, correspondiendo a uno por cada 1,800 pacientes. El cuadro de síndrome de atrapamiento nervioso de pared abdominal (ACNES por sus siglas en inglés: *abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome*) se presenta tanto en adultos como en niños;⁴ en este último grupo se desconoce su prevalencia. Habitualmente, el paciente con ACNES presenta un largo historial clínico, llevando en ocasiones a hospitalizaciones y estudios innecesarios. Algunos pacientes son enviados a valoración psiquiátrica, debido a la incomprendimiento de sus síntomas, siendo un cuadro que debería diagnosticarse de manera más frecuente cuando los signos clínicos no pueden explicar la causa del dolor abdominal. Por otra parte, cuando el nervio atrapado corresponde a los nervios iliohipogástrico o ilioinguinal, debido a su inervación inguinal, el diagnóstico resulta aún más complejo, ya que el síndrome de dolor inguinal crónico incrementa las dificultades para alcanzar un diagnóstico diferencial correcto.

La sintomatología del ACNES se caracteriza por dolor agudo urente y/o pungitivo e hipersensibilidad cutánea en el territorio del nervio atrapado, lo que sugiere su origen en la pared abdominal. El signo de Carnett⁵ (presencia e incremento de sensibilidad dolorosa en la pared abdominal al efectuar contracción de los músculos abdominales, descrito en 1926) es de utilidad diagnóstica, especialmente cuando se asocia a otros hallazgos como hiperestesia y/o alodinia en territorio específico del nervio atrapado.⁶ La exclusión de dolor de origen en la pared abdominal incrementa la exactitud diagnóstica cuando se evalúan pacientes con dolor abdominal crónico. La aplicación de infiltración con anestésico local en el punto gatillo o en un sitio proximal del trayecto nervioso, además de confirmar el diagnóstico, proporciona mejoría o desaparición del dolor en más del 75% de los casos, casi siempre por períodos prolongados; la probabilidad de enfermedad visceral, si la infiltración resulta adecuada, es menor al 5%. De cualquier forma, el paciente que acude a urgencias con dolor abdominal siempre debe ser valorado por cirugía general.

El nervio ilioinguinal o abdominogenital menor⁷ es un nervio mixto análogo a los nervios intercostales; sus ramos musculares inervan la porción inferior de los músculos transversos del abdomen, oblicuo interno y sus fascias; en el raro caso de afección motora puede presentarse paresia de ambos músculos con abultamiento local de la pared abdominal, que podría confundirse con hernia inguinal; su distribución cutánea corresponde a una banda sobre el ligamento inguinal y la base del escroto (o labios mayores), además de una banda estrecha de piel sobre la

cresta iliaca, la cual es inervada por su ramo recurrente. En sitios de atrapamiento generalmente es medial a la espina iliaca anterosuperior, en el borde lateral del músculo recto del abdomen. La neuropatía por atrapamiento del nervio ilioinguinal (situación del caso presentado) origina un dolor que puede presentar dificultad diagnóstica, principalmente cuando no existe antecedente de cirugía abdominal en cuadrantes inferiores, pues el hecho de observar una cicatriz quirúrgica, implica *per se* las posibilidades de atrapamiento nervioso. Las causas involucradas son, en su origen, traumatismo de columna y hernia discal a nivel de L1 (muy infrecuente); en su trayecto, lesión por trauma abdominal cerrado, cirugía abdominal (principalmente reparación de hernia inguinal y colocación de malla), cirugía pélvica, incisión de Pfannenstiel y puerto de laparoscopia; raramente se presenta de manera espontánea (en el caso presentado, posiblemente originada por contracciones bruscas y repetitivas durante el trabajo del paciente).

Además de un interrogatorio exhaustivo, la exploración abdominal completa agrega la exploración de sensibilidad cutánea de rutina. Con una torunda, se auxilia en la localización de las áreas de hiperestesia y/o alodinía, al compararse con el lado contralateral. La sensibilidad al frío puede ser detectada con la misma torunda impregnada en alcohol. La prueba de pellizcamiento se relaciona con síndrome de dolor neuropático en 88% de los casos, al igual que la prueba de Carnett.⁸ El signo de Tinel puede manifestarse al percutir el punto donde el nervio ilioinguinal perfora al músculo transverso del abdomen. El uso de aguja monopolar como electrodo de estimulación profunda sobre el punto gatillo (generalmente a 3 cm por dentro y 3 cm por debajo de la espina iliaca anterosuperior) despierta la sintomatología, la cual desaparece con la infiltración de anestésico local en dicho punto.

El uso de ultrasonido permite descartar la presencia de hernia inguinal o hernia de Spiegel (defecto que se produce a lo largo del borde lateral del músculo recto anterior del abdomen y en la porción inferior de la línea semilunar de Douglas, y que constituye entre el 0.12 y 2% de todas las hernias de la pared abdominal).

Respecto al tratamiento del ACNES, el estudio de Boelens et al.,⁹ con 139 casos, menciona que la inyección de anestésico local combinado con esteroide dentro del área dolorosa mejora el dolor por cuatro semanas en 95% de los casos; la infiltración de anestésico sólo es suficiente

en 83% de los casos; a largo plazo, el anestésico simple proporciona mejoría en 30% de los pacientes; con su repetición mensual (2 a 3 infiltraciones) se eleva el número a 50% de los casos, mientras que la inyección combinada de anestésico más esteroide resulta satisfactoria en 80% de los pacientes, que reportan total o subtotal mejoría del dolor a largo plazo, quedando como opción la neurectomía¹⁰ en aquellos pacientes que no responden al manejo de infiltración.

CONCLUSIÓN

El síndrome de atrapamiento del nervio ilioinguinal debe tenerse presente cuando la sintomatología no puede ser explicada por manifestación de origen visceral; la infiltración con anestésico local del punto gatillo sirve para confirmar el diagnóstico y resulta terapéutica hasta en 80% de los casos.

REFERENCIAS

1. Koop H, Koprdova S, Schürmann C. Chronic abdominal wall pain. *Dtsch Arztebl Int.* 2016; 113 (4): 51-57.
2. 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.
3. Van Assen T, Brouns JA, 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: 19-25.
4. Akhnikh S, de Korte N, de Winter P. Anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES): the forgotten diagnosis. *Eur J Pediatr.* 2014; 173 (4): 445-449.
5. Solmaz I, Talay M, Tekindur S, Kurt E. A commonly seen cause of abdominal pain: abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome. *Agri.* 2012; 24 (3): 139-141.
6. Neel Amin N, Krashin D, Trescot MA. *Ilioinguinal and iliohypogastric nerve entrapment.* In: Trescot MA. Editor. *Abdominal Peripheral Nerve Entrapments.* Springer International Publishing. 2016, pp. 413-424.
7. Ter Meulen BC, Peters EW, Wijsmuller A, Kropman RF, Mosch A, Tay DL. Acute scrotal pain from idiopathic ilioinguinal neuropathy: diagnosis and treatment with EMG-guided nerve block. *Clin Neurosurg.* 2007; 109 (6): 535-537.
8. Wang H, Gross S. Positive predictive value of Carnett's sign in differential diagnosis of chronic abdominal pain: a retrospective cohort study. *J Pain.* 2013; 14 (4): S8.
9. 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.
10. Scheltinga MR, Boelens OB, Tjon A Ten WE, Roumen RM. Surgery for refractory anterior cutaneous nerve entrapment syndrome (ACNES) in children. *J Pediatr Surg.* 2011; 46 (4): 699-703.