



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

DP-007 - DOLOR ABDOMINAL DE ORIGEN PARIETAL COMO ENTIDAD CLÍNICA INFRADIAGNOSTICADA Y GRAN IMPACTO COSTOSANITARIO

T. Romero, I. de la Rocha, B. La Rosa, J. Ros, E. Bencosme, G. Abataneo, G. Serrano, L. Torres

Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

Resumen

Objetivos: Describir tres casos clínicos de dolor abdominal de origen parietal destacando la importancia del signo de Carnett, el gran número de consultas y de exploraciones complementarias.

Métodos: Análisis de tres pacientes diagnosticados de dolor abdominal parietal, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Ciudad Real. Se describen los hallazgos clínicos, exámenes complementarios y diagnósticos.

Resultados: Caso 1: mujer de 75 años, antecedentes de HTA, Hernia de hiato, diverticulosis. Presenta cuadro de 2 meses con dolor en flancos, irradiado a fosas ilíacas y región lumbar. En la exploración destaca, dolor en flanco derecho, signo de Carnett (+), Cuadrados lumbares dolorosos. En la analítica destaca vit. D 16,01 ng/mL y PTH 98,4 pg/mL en la Rx lumbar, TAC abdominal y gammagrafía ósea se confirmó la presencia de aplastamientos vertebrales de L2 y L4. Diagnóstico al alta: Dolor abdominal de origen parietal. Aplastamientos vertebrales L2-L4. Déficit vit. D, hiperparatiroidismo secundario. Caso 2: varón de 60 años con artrodesis L2 a L5 en 2011. Múltiples consultas desde entonces por dolor en hemiabdomen derecho, irradiado a región dorso-lumbar refractario a analgesia. En los últimos meses asocia pérdida de fuerza MID. En la exploración destaca: hemiabdomen superior derecho doloroso con hipoestesia y signo de Carnett (+). Mediante pruebas de imagen, endoscópicas, analíticas y electromiográficas se diagnostica de dolor abdominal de origen parietal. Lumbociática derecha. Escoliosis y desplazamiento osteosíntesis a nivel de L3. Caso 3: Mujer 67 años, con antecedentes de fibrilación auricular, artrodesis L3- L5 en 2011. Presenta dolor e hipoestesia en hemiabdomen derecho de 10 años de evolución, diario, ya vista en Digestivo y Cirugía general, con múltiples estudios sin hallazgos reseñables, en el examen físico destaca signo de Carnett (+) e hipoestesia en hipocondrio derecho. En la RMN dorsal se halló siringomielia desde C5 a T2, con discopatía degenerativa y osteofítica de T 10 a T12, EMG: radiculopatía crónica en T10, T11 derechos. Concluyéndose dolor abdominal de origen parietal.

Discusión: El dolor abdominal parietal incluye todas las enfermedades originadas en: piel, peritoneo parietal, tejido celular subcutáneo, aponeurosis, grupos musculares abdominales e inervación de T7 a T12. La localización suele ser en epigastrio y hemiabdomen derecho. El dolor es sordo, lancinante, sin datos de origen visceral, persistente, con posibilidad de irradiación y distribución de un dermatoma. Asocia disestesia e hipoestesia. El signo de Carnett (S: 78-85%, E: 88-97%) se realiza con el paciente en decúbito supino, ejerciendo presión sobre el punto doloroso hacemos que el paciente contraiga la musculatura abdominal, realizando flexión de la cabeza y el tronco, siendo (+) si el dolor aumenta o persiste. Si la causa es intraabdominal, la tensión de la musculatura protege las vísceras, con lo que disminuye el dolor. El

tratamiento varía en función de los síntomas y etiología.

Conclusiones: El clínico que se enfrenta ante un dolor abdominal crónico, debe ser consciente de la existencia y relativa frecuencia de la etiología parietal, Considerada una patología infradiagnosticada. No debe considerarse diagnóstico de exclusión ni atribuir un despectivo componente psicossomático. El signo de Carnett ayuda a discernir el origen visceral y/o parietal del dolor, su búsqueda puede representar un ahorro a nivel económico, asistencial y del sufrimiento del paciente a someterse a terapias y exámenes innecesarios.