

## CORRELATO

## SINDROME DOLOROSO ABDOMINAL. ASPECTOS MEDICOS

Dr. FEDERICO PATIÑO

Asesor-Pediatra de la Cátedra de Cirugía Infantil del Prof. Arnulfo Johow.  
Hospital "Roberto del Río". Santiago.

Relataremos aquí el síndrome doloroso abdominal médico, como así lo llamaremos, para diferenciarlo de aquel de tratamiento exclusivamente quirúrgico y que ha sido expuesto con autoridad y brillo por el Prof. Arnulfo Johow.

Este nombre corresponde al más variado conjunto de afecciones de diversas etiologías; pero que presentan como síntoma destacado el *dolor*. Podemos definir el dolor como una sensación molesta o angustiosa de una parte del cuerpo y debida a un estímulo de los centros nerviosos. Desde el punto de vista clínico podemos distinguir el *subjetivo* y el *objetivo*. El subjetivo de origen mental no obedece a un estímulo físico y su máximo exponente son las algas de origen histérico que se denominan *alucinaciones*. El dolor objetivo reconoce diferentes causas: químicas, físicas, mecánicas, etc., que actúan sobre los centros nerviosos correspondientes.

Desde Harvey se creía que las vísceras eran insensibles; pero esto contrasta con el hecho indudable de que los órganos internos se sienten de manera más o menos clara según los sujetos y sobre todo la percepción de sensaciones dolorosas cuando el funcionamiento de estos órganos se encuentra alterado. Sabemos que las conducciones centrípetas emanadas de los órganos son capaces de provocar reflejos variados, por lo que no vemos la razón para que los impulsos aferentes no puedan alcanzar centros nerviosos superiores y despertar en ellos actos de conciencia: sentimientos y sensaciones.

Hay quienes dicen que debe distinguirse entre el verdadero *dolor visceral* y el *dolor referido*. El primero sería el resultado de repetidas excitaciones que ascienden por vía centrípeta y llegarían a la médula; pero que no son perceptibles por ellas mismas.

El *dolor referido* sería la consecuencia de un foco de irritación que se genera en el punto preciso de llegada de las fibras

sensitivas somáticas, el que *despertaría dolor*, que se localiza en los diferentes dermatomas correspondientes y toma este nombre por referirse a puntos que no son precisamente el lugar de partida de la excitación dolorosa.

Fuera de este dolor, existe el *dolor visceral*, que se localiza en el órgano enfermo o su vecindad, que es profundo y puede presentar infinitas irradiaciones; pero a pesar de todo, se sucede ordinariamente en sistemas para cada caso de dolor. Este dolor es el exponente del sufrimiento de algún órgano: es obtuso, al contrario del que se presenta en el metámero, de origen medular, donde tienen su enlace las fibras sensitivas somáticas con las vegetativas que arrancan de las vísceras, dando una sensación viva y bien localizable.

Las ideas de Mackenzie sobre el dolor han sido discutidas con ardor y se ha dicho que, cuando este es de los órganos, nunca puede ser localizado exactamente en la superficie del cuerpo y no siempre da lugar a reflejos de defensa visceromotorios o musculares. En caso de dolores abdominales sería necesario que, para que este se produzca, el proceso causante del mismo debe alcanzar el peritoneo parietal.

Se ha considerado que todos los estímulos no son igualmente eficaces para despertar dolor y se dice que la *distensión* es el más adecuado; pero se atribuye a la *anemia* o *isquemia* por ella producida como la causa directa (dolor coronario, claudicación intermitente, etc.). Otros atribuyen el dolor a la tracción de los vasos y mesenterio, al tono visceral, a la contracción de la fibra lisa, etc. Algunos de estos dolores se podrían llamar fisiológicos (contracción uterina en el parto) y en Patología todos los dolores cólicos tienen este origen (vesiculares, gástricos, uretrales, etc.). También los espasmos producen subjetivamente dolor y siempre debemos recordar esta patogenia por su amplitud.

Todos estos y muchos otros cuadros producen dolores abdominales, a veces de muy difícil interpretación y que ponen a prueba la capacidad profesional del médico para resolver en un momento dado la urgencia operatoria.

Permítasenos enmarcar dentro del siguiente esquema, aunque de manera muy imperfecta, los cuadros médicos que observamos con mayor frecuencia:

<b>Aparato Respiratorio:</b>	{ Neumonías Bronconeumonías Abscesos pulmonares Infartos pulmonares
<b>Pulmón</b>	
	{ Pleuresía, sobre todo diafragmática Neumotórax Hemoneumotórax
<b>Pleura</b>	
<b>Aparato Circulatorio:</b>	
<b>Corazón</b>	Infarto (poco frecuente)
<b>Pericardio</b>	Pericarditis aguda

<b>Tubo digestivo y Anexos:</b>	
<b>Higado y Vesícula</b>	Hepatitis Pericolecistitis (cólico)
<b>Estómago</b>	{ Úlcera gastro-duodenal Gastritis aguda
<b>Pancreas</b>	
<b>Intestinos</b>	{ Enterocolitis Síndromes disentéricos Parasitosis intestinales Diverticulitis Espasmos intestinales, (cólicos)
<b>Aparato Urinario:</b>	
<b>Riñón y uréter</b>	{ Cólico renal (litiasis, hematurias) Fiebris
<b>Hemopatias:</b>	{ Púrpura de Henoch Embolias en vísceras abdominales
<b>Enfermedades Infecciosas:</b>	{ Sarampión, Meningitis, Reumatismo, y tantas otras cuya designación sería largo de enumerar.