

## LEYES DE FISIOPATOLOGIA DEL DOLOR ESPLACNICO

*Prof. Carlos Staiano*

No corresponde a la índole de las comunicaciones que deben presentarse a la Sociedad de Cirugía, el leer "in extenso", los fundamentos clínicos de mis afirmaciones. Sólo es mi propósito dar a conocer a los cirujanos aquí presentes una extrema síntesis de ciertas leyes que a forma de conceptos generales permiten aunar una serie de verdades que la Clínica nos ha mostrado con evidencia, al través de una constante y paciente acumulación de hechos.

---

Ya en 1934 emitimos en el Congreso de Ginecología de Buenos Aires, nuestra manera clínica de interpretar la sintomatología dolorosa de los procesos del abdomen.

En comunicaciones aisladas hemos insistido sobre las diversas modalidades del dolor, de distintas vísceras y tejidos. En diversas otras, hemos criticado ciertas afirmaciones clásicas, admitidas sin discusión y repetidas sin cesar en las enseñanzas clínicas, y reproducidas en todos los tratados. Hemos hecho el análisis de los conceptos teóricos emanados de los laboratorios exclusivamente fisiológicos y en divorcio con la clínica. Creemos que sólo del gran laboratorio de fisiología experimental humana es posible deducir hechos de elocuencia extraordinaria y no sólo la clínica de los distintos procesos — sino las adquisiciones recogidas en las prácticas de anestias locales y regionales, permiten dar vigor a ciertos conceptos elementales y simples de fisiología general.

Omitimos pues en esta nota, las características elementales de la sensibilidad dolorosa de las vísceras y los reactivos adecuados del dolor visceral al través de todos sus procesos, habiendo

hecho un capítulo básico, en el cual destacamos el proceso reactógeno elemental del dolor, cuál es la distensión aguda, dentro de todos los ámbitos de la estructura visceral. Omitiremos, pues, sus largos fundamentos y expondremos sintéticamente las leyes de fisiopatología general del dolor esplácnico.

### **Leyes de fisiopatología general del dolor esplácnico**

Una de las tantas diferencias fundamentales que distingue la sensibilidad visceral de la sensibilidad blanca, es, su menor facultad de precisión para localizar en forma puntiforme el sitio del dolor.

El sistema vegetativo da en la víscera una localización más vaga, más obtusa, a veces imprecisa. No es un dolor en punto y exquisito; es un dolor extendido en una zona dolorosa.

**I. Es en los procesos de poca intensidad o en los procesos crónicos residuales donde el dolor a la presión puede precisarse al nivel de la víscera afectada, autorizándonos este grado de lesión visceral a hablar de una etapa de localización del dolor.** (Colecistitis crónica, Apendicitis crónica, Metritis crónica, etc.).

Es solamente en estos casos que el dolor, de la lesión visceral puede responder a esta "noción de localización". Formulamos pues a forma de primera ley, **la ley de la localización.**

Es el dolor que provocamos al comprimir un útero congestivo e inflamatorio y que él localiza al útero mismo, o a una trompa con un hematosalpix silencioso, que al comprimirla entre dos dedos despierta el dolor a ese nivel.

Tal es el dolor del ovario cuando en el acto bimanual lo comprimimos entre los dedos y provocamos esta etapa de localización del dolor.

**II. En un grado de mayor agresión el dolor visceral se hace excéntrico y tiende a irradiar.**

Somos categóricos en afirmar que esta irradiación no se hace al azar. Se extiende por el camino de los vasos que dan irrigación al órgano y siempre su trayectoria sigue la dirección de los vasos aferentes o eferentes del órgano en cuestión. Tal es el caso de la neuralgia ovárico-lumbar, característica de los procesos del ovario cuando revisten una mediana intensidad.

Es al través del pedículo espermático que la irradiación del dolor se hace en forma definida y **es al nivel de todo su trayecto que la tensión dolorosa puede hacerse manifiesta.**

A su vez la trompa participa en sus procesos de la misma irradiación que los procesos del ovario dado que sus pedículos vasculares, así como la inervación se confunden en el mismo trayecto.

Cuando un órgano está irrigado por pedículos de distinta procedencia como lo es en el caso particular del útero, nosotros podemos semiológicamente definir con precisión en los distintos segmentos del útero, la irradiación al través de sus diversos pedículos.

El útero, cuya vascularización es más compleja, por tener una doble procedencia, diferencia la sintomatología dolorosa de su sector cervical, de la sintomatología dolorosa solidaria del cuerpo y su fondo.

Es que la irrigación del sector cervical de procedencia hipogástrica, conduce la inervación aferente y eferente cervical bilateralmente, hacia el origen de las uterinas. Y los dolores de distensión cervical, de dilatación instrumental, así como la etapa de la dilatación del cuello en el curso del parto, permiten reconocer la irradiación bilateral **bi-ilíaca baja**, de sus dolores propagados. Esta irradiación, ha inducido a hablar del dolor ovárico bilateral en el curso de estos procesos, cuando en realidad su origen es de procedencia netamente cervical; es la **neuralgia bi-ilíaca baja**, en el curso de los procesos distensivos del cuello.

**El cuerpo uterino**, por otra parte, y su fondo, inervados principalmente por la inervación espermática irradian su sufrimiento por el camino de estos vasos, y la irradiación habitual de las contracciones del fondo o de los dolores distensivos del cuerpo, dan la irradiación visceró-ilíaca alta, con su trayectoria lumbar ascendente, siguiendo el trayecto del pedículo, confundido a su vez en la atmósfera ureteral.

La semiología paciente de las distintas fases del parto, permiten en ciertos casos distinguir los dolores diferentes de la dilatación del cuello de los dolores expulsivos de las contracciones del fondo del útero.

Y volviendo a nuestras leyes, nos permitimos fundamentar una segunda ley que es la "ley de la irradiación", pudiéndola for-

mular diciendo: **que el dolor irradia de la víscera siguiendo el camino de los vasos aferentes y eferentes del órgano que son a su vez los conductores de su inervación vegetativa.**

Esta ley se reproduce en todas las vísceras de la economía, permitiendo en cada una, verificar la etapa de irradiación extra-visceral del dolor con caracteres bien precisos. (Neuralgia testicular vesicular, etc.).

De este tipo es la neuralgia **pseudo-ovárica bilateral de las distensiones del cuello**; tal es la **neuralgia ascendente iliaco-lumbar** de las contracciones del **fondo del útero**, y en las **distensiones de la trompa y del parénquima-ovárico.**

III. **Una nueva etapa del dolor extra-visceral**, puede precisarse netamente y es la que se refiere a la **proyección del dolor** hacia regiones muy apartadas de la víscera en causa.

En ciertos procesos sub-agudos y en que la causa actuante, mantiene la tensión del proceso, tal como en las congestiones sub-agudas o en los procesos inflamatorios, a tensión mantenida, el **dolor tiende a proyectarse hacia la sede del plexo vegetativo regional de donde emana la inervación de esa víscera.**

Los procesos distensivos del ovario, de la trompa o del fondo uterino al través de su irradiación natural, proyectan su dolor hacia el **plexo para-mesentérico y para-renal**, uni o bilateralmente.

Es esta la característica de la **proyección pseudo-renal bilateral**, tan clásicamente conocida en los procesos de ovario, trompa y fondo uterino.

A su vez, del mismo tipo es la proyección a la concavidad sacra de los procesos de dilatación del cuello, y es la expresión de la proyección de los dolores de esta región al plexo correspondiente, **es decir, al plexo hipogástrico.**

Este ejemplo se repite en el resto de la patología abdominal. La proyección a los plexos correspondientes se reproduce en la neuralgia celíaca de las distensiones vesiculares y del árbol biliar, denominada "máscara gástrica" en las afecciones del árbol biliar ya por el Profesor Soca, allá por el año 1920.

Del mismo tipo es la sintomatología solar premonitoria de la enfermedad apendicular en su etapa exclusivamente, visceral, sin participación aún del peritoneo parietal.

Formulamos, pues, nuestra tercera ley, llamada "**ley de la**

**proyección”, diciendo que: el dolor visceral tiende a proyectarse en determinados momentos hacia la sede del plexo vegetativo regional correspondiente a la víscera en causa.**

IV. Una última etapa del síntoma dolor cuando su intensidad es máxima, define el **cuadro anginoso abdominal**. Es el cuadro del Angor típico del embarazo ectópico, o de la rotura de un quiste folicular o del estallido uterino, donde la agresión al ser de tal intensidad, quema las etapas diferenciadas sólo observables en los casos más atenuados, confundiéndolos en un cuadro agudo de vientre, de difusión máxima y donde el rebasamiento en cascada de la excitación, afecta a plexos sucesivamente escalonados, universalizando así la conmoción.

Responden estos hechos a la cuarta ley. **“La ley de la generalización”**, dando el cuadro uniforme del “choc” abdominal, no diferenciándose en esta etapa, las vísceras pelvianas, de las vísceras del espacio mesoceliaco, de las del piso superior del abdomen por ser sus reacciones elementales y únicas.

El proceso fisiopatológico que desencadena la sintomatología de esta crisis visceral sigue siendo mal interpretada por los distintos autores y en las formas más diversas y se sigue atribuyendo en ciertos casos a la hemorragia interna (anemia aguda), la sintomatología general y difusa que ofrece el estado general de estos enfermos, **desde un primer momento**.

Asimismo también es frecuente leer en los libros clásicos la errónea interpretación de los síntomas locales atribuyendo a la hemorragia colectada, el origen del dolor del Douglas, así como del tenesmo rectal, cuyo significado hemos precisado netamente en otros trabajos, rectificando el simplismo clásico y la unilateralidad de su explicación.

Cada uno de estos puntos, bien particulares, ha sido motivo de gran acúmulo de hechos, y esta orientación fisiológica es la que ha guiado nuestro esfuerzo hasta el momento actual.

Resumimos pues en esta brevísima y obligada síntesis, las siguientes conclusiones:

1) El reactivo elemental, específico y único de la sensibilidad visceral, **es la distensión aguda** realizada más o menos brusca y en todas las formas que la Patología y la Clínica proporciona.

2) La sensibilidad visceral o vegetativa en oposición a la sensibilidad superficial de procedencia medular, carece de la facultad de precisar y localizar en forma puntiforme el sitio del mal. Es más vaga e imprecisa y difunde en forma regional su sufrimiento.

3) El sufrimiento visceral se ajusta a determinadas leyes que se cumplen exactamente en toda la Patología, y que hemos formulado en el curso del texto: a) **la ley de la localización**; b) **la ley de la irradiación**; c) **la ley de la proyección**; y d) **la ley de la generalización**.

4) La Patología y la Clínica del útero, trompa, y ovario, así como de la serosa peritoneal, se ajusta estrictamente a lo antedicho, y fundamentan el concepto clínico y fisiológico que sustentamos.

Es sólo en la Clínica donde es posible discernir sobre el valor de este concepto, analizando los casos puros y comprobando los hechos elementales que en su conjunto configuran un síndrome. La Patología inflamatoria del vientre y su consecuencia, la participación de la serosa parietal, asocia a la sintomatología visceral pura, una profusa fuente de síntomas de otra procedencia y que intervienen en la complejidad de esos cuadros. La inflamación de la serosa parietal hace intervenir a la inervación de la pared por contigüidad, y sus reacciones son características. Hemos de ocuparnos de ellas a propósito de la sintomatología de la **inflamación peritoneal**, y su explicación clínica así como de la interpretación de sus síntomas.

#### COMUNICACIONES REFERENTES A ESTE TEMA PRESENTADAS A DIFERENTES SOCIEDADES

**El cuadro agudo de vientre.** — Fisiopatología de las reacciones dolorosas. 1925.

**Las hemorragias del post-operatorio en cirugía abdominal.** — Anales de la Facultad de Medicina, 1926. Presentado en la Sociedad de Cirugía de Montevideo. Mayo 29 de 1926.

**La letargia motriz post-operatoria. La administración del purgante.** — Presentado a la Sociedad de Cirugía de Montevideo, 16 de Octubre de 1926.

**El proceso de distensión visceral aguda en patología esplácnica y el síndrome que lo expresa.** — Bol. de la Soc. de Cirugía de Montevideo. Tomo II. 1931. Pág. 34.

- La disensión de la serosa en las hemorragias sub-peritoneales post-operatorias**, en colaboración con el Dr. A. Chifflet. Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo. Tomo III. Pág. 3.
- Fisiopatología clínica del dolor abdominal y en general de las cavidades espláncnicas.** — Presentado al 1er. Congreso de Ginecología de Buenos Aires, 10 de Agosto de 1931. Anales de la Facultad. Tomo I. Pág. 100.
- Las hemorragias inmediatas del post-operatorio.** — El Boletín de la post-operación. Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. Nuestra conducta práctica desde hace varios años (1921-1940).
- La indicación quirúrgica en el síndrome cataclísmico. Fisiopatología del dolor en el embarazo ectópico.** — Boletín de la Sociedad de Ginecología Argentina. Presentado en la Sociedad de Ginecología Argentina. Julio 20 de 1939.
- La neuralgia ovario pedicular derecha y la pseudo apendicitis crónica.** — Publicado en Día Médico Uruguayo, N° 61, Julio de 1938.
- Significado y cronología del dolor del douglas en patología abdómino pelviana.** — Sociedad de Cirugía de Montevideo. 1935.
- El fleo paralítico constante de todo post-operatorio abdominal.** — Archivos Uruguayos de Cirugía y Especialidades. Año 1935.
- La reacción frénica sub-costal en las hemorragias en peritoneo libre.** — Archivos brasileros de Medicina, 2 de Febrero de 1938.
- Fisiopatología clínica, los procesos generales de la patología. Concepto unnicista y sintético del choc.** Edit. "El Ateneo".
- Las hemorragias traumáticas del retroperitoneo por traumatismo del riñón.** — Anales de la Facultad de Medicina. Tomo XXVI. Pág. 119.
- El dolor en las afecciones quirúrgicas del tórax. Monografía de la clínica quirúrgica.** — Publicado en octubre de 1942.
- El dolor en las afecciones de la cavidad escrotal y su contenido. Las leyes de la sensibilidad espláncica.** — Presentado a la Sociedad de Urología en Diciembre de 1942.
- Las leyes de fisiopatología del dolor espláncico. La sensibilidad visceral en clínica ginecológica.** — Presentado en la Sociedad de Ginecología el día 14 de Diciembre de 1942.
-