

*EL DOLOR DE LOS PROCESOS VECINOS AL DIAFRAGMA**

Revisión de un concepto clásico

Dr. Carlos Stajano

La infección de las logias yuxta-infracrénicas del abdomen, sigue originando problemas diarios de hondo interés clínico, diagnóstico y terapéutico, no siempre fáciles de descubrir y resolver dado su latencia sintomática frecuente y además por la múltiple procedencia original de la fuente de infección, que se propaga paso a paso de una peritonitis focal, o por perforación apendicular, biliar o gastroduodenal, o por supuración de una linfangitis abdómino-pelviana estreptocócica, siendo en este último caso una supuración subperitoneal, de acuerdo con la localización del sector linfático que la conduce.

Además, en nuestro medio, es extraordinariamente frecuente la participación hidática, en los procesos subfrénicos, en su polimorfa manera de complicarse, ya sea en las formas hialinas, como en las más caprichosas y atípicas formas supuradas.

Otro caudal de experiencia nos es dado por las hepatitis amibianas, tanto en sus formas flegmáticas aún no supuradas, pero con gran hipertrofia circunscrita en general del hemi-hígado derecho, como en los grandes abscesos gigantes del hígado con gran participación de las logias subfrénicas derechas, en los abscesos amibianos puros, o con infección sobreagregada.

De nuestra estadística de la Clínica, se deduce que la amibiasis hepática en todas sus formas anatomoclínicas, está muy lejos de ser excepcional en nuestro medio.

No omitimos el señalar por su inmenso interés clínico y

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 29 de setiembre de 1948.

diagnóstico, los procesos reaccionales del vientre superior, relacionados con procesos simplemente congestivos o irritativos del pèritoneo parietal subfrénico, pero de procedencia pélvica, determinados por la vasodilatación lejanamente extendida de las gonococias, en su momento inicial de penetración peritoneal.

Similar por su patogenia, pero con otra etiología es el tipo de reacción subcostal, yuxta-frénica, congestiva, parieto peritoneal, por el contacto de la hemorragia producida en cavidad libre. Todas estas reacciones han sido descritas clínica y semeiológicamente por nosotros, con todas sus características analíticas, puntualizando con precisión las oportunidades que las favorecen.

Y por último, recordamos la reacción frénica, experimental y voluntariamente provocada en la clínica, cuando practicamos la operación de Doleris, ofreciendo con este motivo una clase de fisiopatología experimental demostrativa y concluyente.

Todo el material clínico analítico, que mencionamos, contribuye a poner de manifiesto toda una fisio-patología regional concordante: *Es la de los espacios subfrénicos.*

La relativa latencia de los procesos subfrénicos.

No es una clínica evidente y llamativa. La iniciación y evolución del proceso subfrénico es solapada.

El comienzo agudo es prácticamente excepcional. La agudeza del cuadro está en general ligada a la causa etiológica original. Perforación biliar, ulcerosa, apendicitis, y el absceso subfrénico es la continuación directa o con un período de calma intercalario.

La participación del ambiente subfrénico en cualquiera de sus logias es silencioso; y por eso los procesos no son reconocidos oportunamente y sólo se encuentran porque se sospechan y se buscan.

La tragedia subfrénica se hace en la oscuridad, en enfermos infectados, con mal estado general, o en una post-operación no franca y con ausencia absoluta de dolor y otras manifestaciones avisoras. Un examen radiográfico completo y una semiología física, guiada a veces por un ligero dolor de hombro, otras veces por un ligero dolor en el propio reborde costal, o una vómica, son los únicos síntomas de un proceso que ocultaba su

presencia; otras veces un estado tóxico y febril cuya causa hay que buscar.

Cuántos abscesos subfrénicos no han sido los determinantes de un post-operatorio que se alarga, con una subfebrícula y un estado poco franco, y dónde ninguna sintomatología precisa, ni siquiera el más leve rastro de dolor, dieron motivo para sospechar una profunda supuración subfrénica que evolucionaba tórpida-mente!

Dos hechos salientes quiero destacar en esta breve nota previa.

El primero es el referente al viejo dogma, que sustentó la diferencia reaccional y defensiva de los distintos pisos del peritoneo. El peritoneo pélvico y el subfrénico eran diametralmente diferentes. Dogma irreal, creado y sustentado con dialéctica y fundamentos anatómicos, que parecieron irreductibles. Los hechos numerosos, a diario consignados, que hemos catalogado con orden y precisión dan en tierra con ese dogma que tuvo aceptación universal y sin discusión, durante los últimos cincuenta años de la clínica quirúrgica.

Es la caída vertical de la clínica morfológica ante las realidades de la fisio-patología. Este hecho presentado a la Sociedad de Cirugía hace más de dos años, espera aún la refutación ofrecida por el Dr. Etchegorry.

El segundo punto, base de esta nota previa, es el hecho de que: el absceso subfrénico, pequeño o inmenso, de variable y múltiple etiología, se desarrolla en un ambiente donde el "síntoma dolor" es ausente frecuentemente y cuando él aparece en el síndrome, tiene ciertas características que nos hemos ocupado de precisar. Podemos afirmar que la totalidad del diafragma, excepto una estrecha área periférica, circunferencial, de 1 a 1½ centímetro, junto a la inserción condro-costal, es enteramente muda al dolor.

Que toda la cúpula frénica-tendíneo-muscular, es insensible totalmente, a toda agresión, corrosión, traumatismo o infección.

Solamente el área mencionada junto a todo el reborde costo-condro vertebral, es sensible y su sensibilidad es idéntica a la sensibilidad de las paredes torácica o abdominal.

Los procesos aclínicos de la bóveda, bajo el punto de vista del dolor, se hacen dolorosos, recién, cuando participa el proceso

contactando con el borde de inserción del diafragma en el reborde costal. Es la única zona sensible de todo el diafragma. *El resto es mudo totalmente*, y tolera el gran y enorme absceso, sin provocar la más mínima sensibilidad. Bien entendido que otros síntomas lo acusan, pero no siempre con precocidad y diremos más bien que a veces con gran retardo.

Nuestra casuística analizada es elocuente y es con la base de:

a) Hepatitis amibianas. Abscesos simples y complicados con procesos pleuro pulmonares derechos.

b) Quistes hidáticos del hígado (convexidad) provocando sínfisis freno-hepáticas, supuraciones subfrénicas; lentas perforaciones hepato-frénicas en cavidad pleural; complicaciones piohidáticas de todo orden, con vómica pleural, o vómica bilio-hidática externa, por fístula hepato-bronco-pulmonar, y en varios casos, en ningún momento, ni en los antecedentes, el dolor apareció en el cuadro.

Toda esa casuística, así como la de los abscesos subfrénicos post-operatorios, ha sido analizada en nuestra clínica, y es a través de los problemas clínicos particulares de cada caso, que hemos puntualizado el tipo de dolor y sus características y sintetizamos luego, el substráctum del concepto de sensibilidad del diafragma, que lo creemos ajustado a la realidad.

En efecto, el diafragma, como pared muscular, limita y separa las dos grandes cavidades esplánicas: tórax y abdomen.

Como elemento parieto muscular poderoso, está recubierto de serosa pleural en tórax, peritoneal en abdomen. Posee fuerte inervación motora bilateral casi total de procedencia frénica y una mínima de procedencia intercostal. Posee una inervación vegetativa muy rica, vehiculizada por los vasos destinada a la serosa y además al tono muscular.

Existe, pues, una extensa cúpula totalmente insensible, ejerciendo una función dinámica y motora.

Existe una zona circunferencial en la periferia de inserción *sumamente sensible* y su sensibilidad es dada por los pares 6 a 12, intercostal, tanto en cara pleural como en la peritoneal.

Terminamos diciendo que: hace ya algunos años nos ha preocupado este asunto, imponiéndonos una revisión juiciosa del capítulo de la sensibilidad del diafragma y he aquí que chocamos

frente a frente con un dogma de la época clínica más brillante de la historia; vale decir, el de la neuralgia frénica (del nervio frénico), que el genio de Peter describió en 1880, con maravillosa precisión y fundamentó en tal forma, que hoy todavía se acepta sin reservas en todo el mundo clínico.

He aquí a lo que nos conduce a afirmar la clínica del presente:

“La neuralgia del frénico no existe. Sólo da la máscara clínica que Peter con su talento supo imponer. La neuralgia que la simula, es en cambio toda ella, de procedencia intercostal.”

A partir de esta nota previa de conjunto, presentaremos con más precisión hechos aislados.

Dr. Prat. — El problema que ha traído a nuestra Sociedad el profesor Stajano, sobre el dolor diafragmático es sumamente interesante, y si no he entendido mal, creo que se pueden deducir dos conclusiones. El Dr. Stajano nos dice que hay una insensibilidad de la cúpula diafragmática al dolor y la otra, es que este dolor sería de orden simpático. Creo que esas son las dos conclusiones que podemos establecer de esta exposición tan interesante del Dr. Stajano. Es un problema que está en estudio, que todavía no está resuelto y no sabemos cuándo se resolverá definitivamente. Me ha preocupado bastante este tema, sobre todo al estudiar los dolores propagados de la vesícula y del cólico; esos dolores propagados cuando se describe el cólico hepático en que siempre se menciona el dolor del hombro. Pues bien, hay aquí una discusión sumamente interesante; ha salido a la palestra un investigador, Morlay, que sostiene que este dolor no es simpático y que no tiene nada que ver con los elementos que inervan las vías biliares. Sabemos que Caroli es sus experiencias, hace inyecciones en la vía biliar y estudia con el manómetro que mide la presión de la vesícula y vía biliar principal y provoca por hipertensión este dolor, el dolor típico del cólico hepático. Este dolor tiene propagación al hombro, pero descarta que no es del muñón del hombro, como se ve en esa hermosa figura de Chauffard, que se reproduce en casi todos los libros donde se localiza el dolor; el dolor se propagaría a la región supraclavicular, supraescapular, ángulo del omóplato interescapular y parte inferior de los últimos espacios intercostales.

Se llega a la conclusión de que la inyección a tensión de la vía biliar accesoria o principal, provoca el síndrome típico del cólico hepático con propagación del dolor al hombro; pero en cambio, Morlay, establece categóricamente que en sus operaciones, él ha podido comprobar que ese dolor no es del simpático, ese dolor sería un dolor propagado del diafragma por el frénico. Morlay comprueba su afirmación con la siguiente maniobra: pasa una gasa o un clamp sobre la cara inferior del diafragma

y provoca esos mismos dolores, repite la experiencia las veces que quiere, anestesia entonces el frénico y el dolor desaparece, o queda muy atenuado; llega pues a la conclusión de que estos dolores propagados son originados principalmente por el frénico.

Este problema se torna complejo porque el estudio de la Anatomía de la región, como lo hace Policard, en su obra "La Pleura", comprendemos lo difícil que es analizar aisladamente las reacciones del diafragma porque, por sus inmediatas relaciones anatómicas, tenemos que estudiar el diafragma con los elementos que lo recubren y surge en primer lugar la pleura diafragmática arriba y el peritoneo abajo, con sus espacios celulares sub-aponeurótico y sub-diafragmático. Sabemos muy bien que en esos espacios celulares, es donde circulan los elementos nerviosos, tanto en la serosa pleural como en la peritoneal, es aquí donde terminan los filetes nerviosos y donde van los vasos que van a nutrir el diafragma para la cara superior e inferior. El Dr. Stajano ha insistido mucho sobre la intervención de la inervación simpática en el diafragma. Ahora bien, cuando Morlay excitaba la parte sub diafragmática, es decir, excitaba directamente el peritoneo parietal y el peritoneo parietal está inervado por los nervios del sistema cerebro-espinal, de manera que eso explica perfectamente que se propagara ese dolor somático al hombro. Policard considera la pleura parietal sensible y la pleura visceral o pulmonar la considera completamente insensible y cuando llega a la pleura diafragmática, dice que esta sensibilidad está en discusión, no está aún perfectamente resuelto el problema; sin embargo, cree y opina que la pared que la cubre, la bóveda diafragmática es sensible. Un anatomista ha encontrado fibrillas nerviosas que parten de la parte central de la bóveda diafragmática, pero hay otro elemento que complica el problema, porque hay otros cirujanos que al realizar la frenicectomía, han hecho una serie de experiencias y quedaron en la duda; en ciertos casos, creen que es el dolor frénico bien característico el que origina el dolor propagado al hombro y otras veces, parece ser la sensibilidad visceral, vale decir, el simpático, de manera que debemos admitir que en esta cuestión no nos podemos definir categóricamente. Estoy casi convencido que posiblemente en esta sensibilidad, intervienen los dos factores y que por lo general interviene más el sistema cerebro espinal porque las excitaciones se realizan preferentemente sobre el peritoneo o sobre la pleura. Ahora bien, ¿por qué esos dolores no son tan típicos y característicos? En cuanto a eso tiene razón el Dr. Stajano cuando dice que los procesos sub diafragmáticos son atenuados, latentes, que no tienen una intensidad tan formidable, como ocurre en una apendicitis o perforación de úlcera gástrica duodenal, precisamente porque estos procesos son lentos, progresivos y sabemos perfectamente que un quiste hidático que va creciendo y desarrollando, empujando lentamente el diafragma, puede llegar a una proporción o volumen grande sin que dé dolor; distensión lenta y progresiva que justifica la falta o atenuación del dolor. Sabemos bien cómo reaccionan las vísceras a la distensión, que constituye la principal reacción del simpático

que en tales casos se manifiesta con un dolor intenso. Es éste un problema sumamente interesante y complejo, que creo que no se puede abordar ni resolver inmediatamente después de una comunicación de esta clase; sería conveniente que todos nosotros, presentemos nuestras observaciones y nuestras consideraciones aquí, en la Sociedad de Cirugía, para tratar de resolver de una buena vez, este problema tan interesante del dolor visceral y en especial, el dolor del diafragma.
