



Los presentes apuntes han sido preparados por el Departamento de Medicina Interna de la Facultad de Medicina campus Occidente de la Universidad de Chile y tienen como objetivo principal complementar el irremplazable estudio personal del estudiante, haciendo énfasis en puntos claves y entregando esquemas para ayudar a organizar conceptos que la mayoría de las veces se disuelven en el mar de material teórico al que en esta etapa debe enfrentarse.



INTRODUCCIÓN

El dolor (del latín) se define como una expresión de malestar físico o mental ya sea por una causa externa o interna. Si hay algo que nos motiva a consultar es el dolor. Por tanto, no sorprende que sea uno de los principales motivos de consulta de los pacientes, sobre todo cuando este es intenso, persistente o recurrente.

No hay un dolor. Es una vivencia **individual** condicionada tanto por factores fisiológicos, como psicosociales y vivenciales, generándose una experiencia única en la que todo médico deberá aplicar su criterio y experiencia.

El dolor atraviesa todo el quehacer médico pudiendo ser parte del motivo de consulta, factor importante y a veces único en el planteamiento de hipótesis diagnósticas y/o ser nuestro objetivo terapéutico final, por lo que el conocimiento de sus características es de alto valor en semiología.

CLASIFICACIÓN

Existen múltiples maneras de clasificar al dolor siendo la de mayor valor la basada en un criterio clínico y en la organización neuroanatómica del sistema sensitivo

El *dolor somático, superficial o epicrítico* es aquel que se produce por el daño de tejidos superficiales y tiene una directa relación temporal y de intensidad con la noxa y es identificado en la zona precisa donde actúa la noxa con límites precisos

El *dolor visceral, profundo o protopático* es aquel que se origina en estructuras profundas (vísceras toracoabdominales) y es mal delimitado por el paciente y su ubicación generalmente no se condice con la ubicación de la estructura que lo origina (dolor referido).

El *dolor neuropático* es un tipo de dolor con características especiales generado por la lesión de vías nerviosas (periféricas o centrales). La etiología del dolor puede ser evidente (por ejemplo la sección de un nervio en un muñón de amputación [dolor fantasma] o inaparente [neuralgia del trigémino]) Ver anexo n° 1

Tabla n° 1 Diferencias entre dolor superficial y profundo

Dolor superficial o somático	Dolor profundo o visceral
Bien localizado	Localización difusa
Carácter quemante o punzante	Carácter vago
Límites precisos	Límites imprecisos
Ubicado en el sitio del estímulo	Referido

SEMIOLOGÍA DEL DOLOR

El dolor es una de las fuentes de la que mayor información podemos obtener. Aprovechando esta situación es que debemos “agotar el síntoma” en todas sus dimensiones, lo que nos permitirá orientarnos a su etiología.

La **ubicación e irradiación** del dolor en general nos orienta al origen del dolor. Un dolor abdominal tendrá su origen en estructuras abdominales, aunque en ciertos casos podría tener su origen en el tórax (y viceversa). Existen ubicaciones e irradiaciones “clásicas” que orientan a patologías puntuales a estudiar. La **migración** se refiere al cambio de ubicación de un dolor respecto al sitio inicial de aparición.

Imagen n° 1 Ubicación e irradiación de dolores típicas

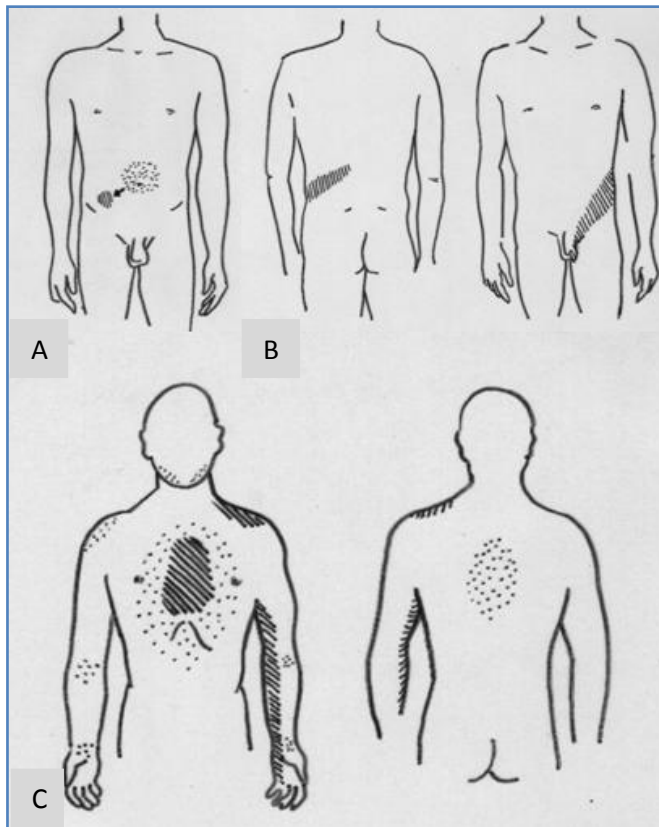


Imagen A: dolor periumbilical tipo visceral (punteado) que luego se irradia hacia fosa ilíaca derecha; de carácter somático (sombreado), muy orientador de apendicitis aguda. El cambio del carácter y ubicación del dolor ocurre por la progresión de la inflamación desde la mucosa apendicular (visceral) hacia el peritoneo (somático)

Imagen B: dolor lumbar irradiado desde la fosa renal hacia anterior y abajo en dirección inguinoescrotal, sumado a la inquietud psicomotora es característico del cólico renal.

Imagen C: dolor precordial (retroesternal) de carácter opresivo irradiado a hombro y extremidad superior izquierda [sombreado], muy orientador a cardiopatía coronaria. El punteado de la imagen muestra todas las otras ubicaciones de irradiación del dolor de origen coronario ¡El dolor de origen coronario puede manifestarse desde la mandíbula hasta el epigastrio!

El **tipo o carácter** corresponde a la descripción de la sensación provocada por el dolor en el paciente. Así, se han configurado tipos de dolor característicos de ciertas enfermedades (ver tabla n°2)

Tabla n° 2 Tipos (carácter) de dolor

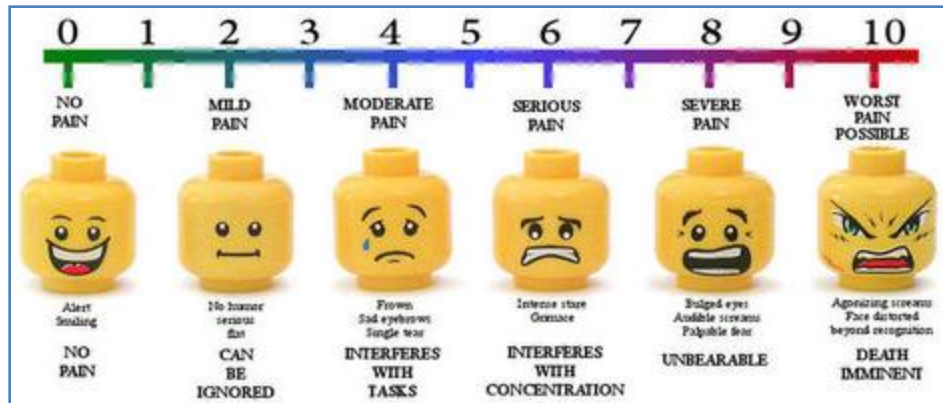
Carácter	Descripción	Patología que lo produce
Opresivo (constrictivo)	Sensación de peso (“como si me aplastar un elefante”)	Angina de pecho
Punzante	Dolor agudo, transfixiante	Patología pleural
Urente (quemante)	Sensación de ardor	Herpes zoster, RGE
Fulgurante	Sensación de golpes de corriente eléctrica	Tabes dorsal
Lacinante	Sensación brusca de pinchazos	Neuralgia del trigémino
Cólico	Dolor ondulante, aumenta progresivamente hasta alcanzar una meseta para luego disminuir o desaparecer. Reaparece segundos o minutos después	Cólico intestinal; renal
Sordo	Dolor de intensidad leve, pero continuo que puede ir en aumento	Cáncer (el cáncer no escucha razones)
Taladrante	Dolor con sensación de empeoramiento constante	Odontalgia
Gravitativo	Sensación de pesadez	Derrames
Pulsativo	Sensación de latido	Abcesos
Errante	Dolor migrante, inespecífico	Colón irritable
De hambre	Sensación de vacío	Úlcera péptica

La *intensidad* del dolor es otro parámetro subjetivo difícil de objetivar. Para ello nos valoraremos de la actitud del paciente frente al dolor. Una manera indirecta de estimarla es a través de las repercusiones físicas y psíquicas (aumento de la frecuencia cardíaca, respiratoria, de la presión arterial, palidez y sudoración de la piel, ansiedad, inquietud psicomotora, llanto). Una manera práctica para catalogar el dolor y evaluar la respuesta al tratamiento es el uso de la Escala Visual Análoga (ver imagen), donde el propio paciente puntúa la intensidad de su dolor.

El *comienzo* y *evolución* del dolor también entregan información diagnóstica valiosa. El dolor de inicio **insidioso** es aquel que aumenta progresivamente hasta alcanzar su máximo en horas o minutos [por ejemplo: cólico biliar, renal, pancreatitis, etc.]. El dolor de inicio **brusco** es aquel que alcanza su intensidad máxima en segundos o minutos luego de iniciado [el dolor del infarto agudo del miocardio, el lumbago agudo de la discopatía]. El dolor **súbito** es aquel que

alcanza su intensidad máxima desde el comienzo; suele ser de gran intensidad, brutal y persistente [el dolor de la disección aórtica, ruptura de vísceras huecas, de un aneurisma cerebral]. Según cuanto dure el dolor puede catalogarse de *agudo* [*intermitente, continuo o paroxístico*], *subagudo o crónico*.

Imagen n° 2 Escala Visual Análoga



Se deben investigar también los *factores modificadores* (aliviadores, agravantes) del dolor. De los factores aliviadores destacan la disminución o desaparición de la angina coronaria o la isquemia de extremidades inferiores con el reposo. La disminución del dolor ulceroso con la ingesta de alimentos o la respuesta a la analgesia de una cefalea tensional o un cólico intestinal, hecho que no ocurre con una meningitis o una obstrucción intestinal respectivamente. De los factores agravantes destacan el ejercicio en el dolor anginoso. También pueden agravarla el stress, la emociones, el frío o las transgresiones alimentarias. El cólico abdominal se gatilla o incrementa con la ingestión de comidas ricas en contenido graso. Por su parte, es clásica la aparición del dolor tipo puntada

Finalmente, se deben precisar los *síntomas acompañantes*. Estos nos ayudan a precisar el aparato o sistema comprometido. Por ejemplo, un dolor torácico asociado a tos y expectoración apunta hacia el sistema respiratorio. Por otra parte, un dolor abdominal asociado a vómitos y diarrea lo centra en el sistema digestivo, no así, si este se acompañara de síntomas urinarios o en relación a la menstruación, lo que orienta al sistema genitourinario. También los síntomas acompañantes puede ayudarnos a valorar la gravedad de un mismo cuadro, como en el caso del cólico biliar al que cuando se le agrega fiebre e ictericia se debe sospechar una complicación (cálculo migró al colédoco; una sobreinfección)

Una situación particular en el estudio semiológico del dolor ocurre en pacientes de edades extremas. En los niños existe la natural dificultad o incluso imposibilidad de expresar el

dolor a través del lenguaje verbal. Aquí se hace importante focalizarse en síntomas indirectos (ver imagen n° 3)

Imagen n° 3 Manifestaciones de dolor en infantes



Es entonces que través de un interrogatorio preciso y que abarque todas las dimensiones de la presentación del dolor es que podemos obtener una orientación sobre el padecimiento de nuestro paciente, incluso llegar a plantear con seguridad hipótesis diagnósticas sin la necesidad de ningún tipo de tecnología adicional a nuestro razonamiento y nuestras manos.

ANEXOS

Anexo n° 1 Características del dolor tipo neuropático

- Carece de toda utilidad o sentido de alarma o protección
- La estructura nerviosa se activa de forma espontánea (sin estímulo interno o externo)
- No responde a tratamiento analgésico común; son de utilidad psicofármacos como anticonvulsivantes, antidepresivos
- En su génesis y permanencia participa el sistema nervioso simpático (el caso más característico es la distrofia simpática refleja)
- Tiene una topografía regional que no siempre respeta la distribución conocida para una raíz nerviosa
- Es permanente o intermitente; sufre refuerzos paroxísticos o “llamaradas”

BIBLIOGRAFÍA

1. De los Santos, A. (2009) “Dolor” En Argente, H. y Alvarez, M., *Semiología médica*. (Pgs. 59 - 71) Editorial Médica Panamericana, Argentina.
2. Goic, A. (2010) “Dolor” En Goic, A., Chamorro, G. y Reyes, H. *Semiología médica* (Pgs 19 -27) Editorial Mediterráneo, Chile.
3. Imágenes obtenidas de:
 - a. Goic, A., Chamorro, G. y Reyes, H. *Semiología médica* (Pgs 19 -27) Editorial Mediterráneo, Chile.
 - b. Clase “Dolor” Dr. Sergio Bozzo, Universidad de Chile. 2007
 - c. <http://ilovecharts.tumblr.com/post/861436759/from-the-brilliant-mind-of-the-reverend-brendan>