

CARTA AL DIRECTOR

El dolor visceral, ¿un gran desconocido o un gran olvidado?



Visceral pain, a great unknown or a great forgotten?

Sr. Director:

Recientemente se han publicado en la Revista dos cartas clínicas relacionadas con el dolor abdominal, y nos gustaría realizar algunas aportaciones y reflexiones sobre el dolor visceral que pueden resultar útiles para nuestra práctica clínica¹⁻².

El dolor visceral es susceptible de adoptar un gran número de formas y, en consecuencia, los procesos que puedan ir asociados a trastornos con riesgo para la vida o bien fácilmente reversibles han de considerarse con todas sus presentaciones. Sin embargo, no resulta infrecuente observar acontecimientos aislados que tienen una presentación aguda y una resolución espontánea, por lo que la amplitud de la investigación debe estar guiado por la prudencia y la persistencia o recurrencia de los síntomas. Tradicionalmente, el dolor visceral crónico se ha clasificado como «orgánico», causado por una lesión patológica detectable mediante medidas diagnósticas típicas, o «funcional», cuya causa es poco clara y puede corresponder a cambios, todavía sin identificar, de hipersensibilidad visceral a nivel periférico o central³.

El dolor visceral crónico es una de las causas más comunes de morbilidad en la población general⁴. Aunque los diversos tipos de dolor tienen mucho en común, los mecanismos neurobiológicos del dolor visceral no son idénticos a los mecanismos del dolor somático o neuropático. La visión convencional de que el dolor visceral es una variante del dolor somático está basada en la visión simplista de que un solo

mecanismo neurobiológico es el responsable de todos los tipos de dolor. El dolor visceral posee varias características diferenciadoras⁵:

- No todas las vísceras provocan dolor visceral. Las vísceras sólidas como el pulmón, hígado o riñón no provocan dolor.
- No siempre se asocia al daño visceral (la quemadura o el corte de la víscera no causa dolor, la distensión o la isquemia sí).
- Tiende a ser difuso y pobremente localizado dada la ausencia de vías sensoriales específicas para el dolor visceral y la baja proporción de vías aferentes primarias viscerales comparada con las vías de origen somático.
- Provoca dolor referido en otras áreas corporales. La excesiva convergencia de las aferencias con neuronas de segundo orden que reciben información de otras vísceras o de estructuras somáticas hace que el diagnóstico sea difícil (fig. 1).
- Se acompaña de reflejos autonómicos y motores.

Este tipo de dolor es abordado en la clínica por múltiples especialistas con diversos enfoques terapéuticos y en no pocas ocasiones se sigue tratando como sólo un síntoma y no como una entidad nosológica distinta.

En la mayoría de los casos, basta con la historia del paciente y un reconocimiento físico para ofrecer un diagnóstico funcional. Un estudio apropiado puede incluir pruebas de laboratorio para detectar procesos infecciosos e inflamatorios, y la toma de imágenes de aquellas áreas que no resulten fácilmente evaluables en una exploración física. No debería retrasarse el tratamiento de los trastornos caracterizados por dolor visceral a menos que dicho tratamiento fuese a añadir algún grado de confusión a las pruebas diagnósticas. En presencia de dolores recurrentes, similares en carácter y ubicación que han sido previamente estudiados por procesos con riesgo para la vida, tal vez no sea preciso continuar con las investigaciones. Tratar estos síntomas como si constituyesen el resultado de un proceso reversible (una infección) puede ser inadecuado, pero también puede serlo no abordar los nuevos síntomas que se presenten⁵.

A pesar de la frecuencia de esta entidad en la práctica clínica, no hay demasiados estudios centrados en el manejo terapéutico del dolor visceral. Por este motivo, el tratamiento farmacológico del dolor visceral sigue siendo un reto⁶. Las herramientas de estudio disponibles a menudo no nos permiten la identificación de la causa o de los

Abreviaturas: GCM, ganglio cervical medio; GCS, ganglio cervical superior; GE, ganglio estrellado; GRD, ganglios de la raíz dorsal; NCI, nervio cardíaco inferior; NEI, nervio esplácnico inferior; NEL, nervios esplácnicos lumbares; NEM, nervio esplácnico mayor; NEMe, nervio esplácnico menor; NET, nervios esplácnicos torácicos; NH, nervio hipogástrico; NP, nervio pélvico; NPu, nervio pudendo; PAR, plexo aortorrenal; PC, plexo celíaco; PP, plexo pélvico; PS, plexo sacro; SPH, porción superior del plexo hipogástrico; SPM, porción superior del plexo mesentérico.

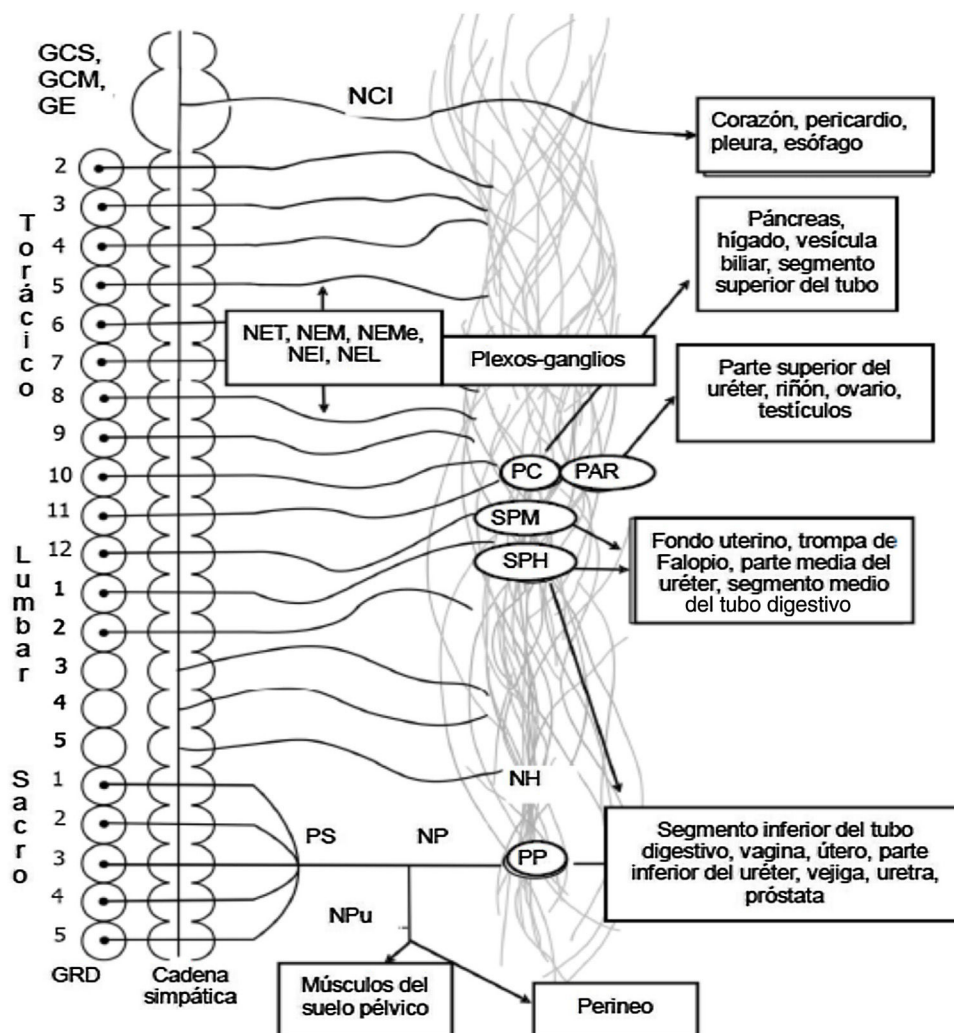


Figura 1 Vías espinales de la sensación visceral. GCM: ganglio cervical medio; GCS: ganglio cervical superior; GE: ganglio estrellado; GRD: ganglios de la raíz dorsal; NCI: nervio cardíaco inferior; NEI: nervio espláncnico inferior; NEL: nervios espláncnicos lumbares; NEM: nervio espláncnico mayor; NEMe: nervio espláncnico menor; NET: nervios espláncnicos torácicos; NH: nervio hipogástrico; NP: nervio pélvico; NPu: nervio pudendo; PAR: plexo aortorrenal; PC: plexo celíaco; PP: plexo pélvico; PS: plexo sacro; SPH: porción superior del plexo hipogástrico; SPM: porción superior del plexo mesentérico. Adaptado de: Alcántara Montero et al.

mecanismos fisiopatológicos responsables del dolor. A pesar de los diferentes mecanismos neurobiológicos del dolor visceral frente al somático, se siguen las pautas de tratamiento del dolor somático. Por otro lado, la hipersensibilidad visceral se está considerando como parte de una etiopatogenia multifactorial del dolor visceral crónico, por lo que la restauración de una sensibilidad normal podría ser un objetivo muy atractivo del manejo farmacológico.

En conclusión, a pesar de la alta prevalencia del dolor visceral, a menudo no se conocen los mecanismos fisiopatológicos responsables, lo que hace que su tratamiento sea muy complicado en algunas ocasiones. Esperemos que, en el futuro, los tratamientos basados en los distintos fenotipos y la terapia multimodal nos ayuden a cambiar esta realidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- González Rico W, Junquera Alonso E, Herguedas Callejo I, Seoane Blanco L. Paniculitis mesentérica: una causa infrecuente de dolor abdominal crónico. *Semergen*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.08.006>.
- Santoyo-Martín N, Valverde-Gómez RM, Mohino-Laguna EC, Delgado-Casado JA. Otras causas de dolor abdominal Isquemia omental. *Semergen*. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2020.08.004>.

3. Olesen SS, Krauss T, Demir IE, Wilder-Smith OH, Ceyhan GO, Pasricha PJ, et al. Towards a neurobiological understanding of pain in chronic pancreatitis: mechanisms and implications for treatment. *Pain Rep.* 2017;2:e625.
 4. Cervero F, Laird JM. Understanding the signaling and transmission of visceral nociceptive events. *J Neurobiol.* 2004;6:45–54.
 5. Alcántara Montero A. Dolor visceral. En: Alonso Verdugo A, Antoian Silvero Y, Cabezas Cabezas MA, Ibor Vidal PJ, Martín González RM, Alcántara Montero A, et al., editores. *Monografía de Formación Oficial para el Desarrollo Profesional Continuo de Atención al Dolor.* España: Loki & Dimas; 2016. p. 175–94 [Internet] [consultado 4 noviembre 2020]. Disponible en: <http://dpcsemergen.com/docs/monografias/2030.pdf>.
 6. Peláez R, Fernández S, Aguilar JL. Tratamiento farmacológico del dolor abdominal visceral crónico Evaluación crítica de la evidencia disponible. *Rev Soc Esp Dolor.* 2011;18:332–41.
- A. Alcántara Montero^{a,b,*} y S.R. Pacheco de Vasconcelos^c
- ^a *Centro de Salud Manuel Encinas, Consultorio de Malpartida de Cáceres, Cáceres, España*
^b *Miembro del Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN*
^c *Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres. Hospital Universitario, Cáceres, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: a.alcantara.montero@hotmail.com
(A. Alcántara Montero).