



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

DOLOR VISCERAL

1. INFECCIONES Y LESIONES ORGÁNICAS : EJEMPLO

➤ Los estímulos desencadenantes del dolor abdominal pueden ser:

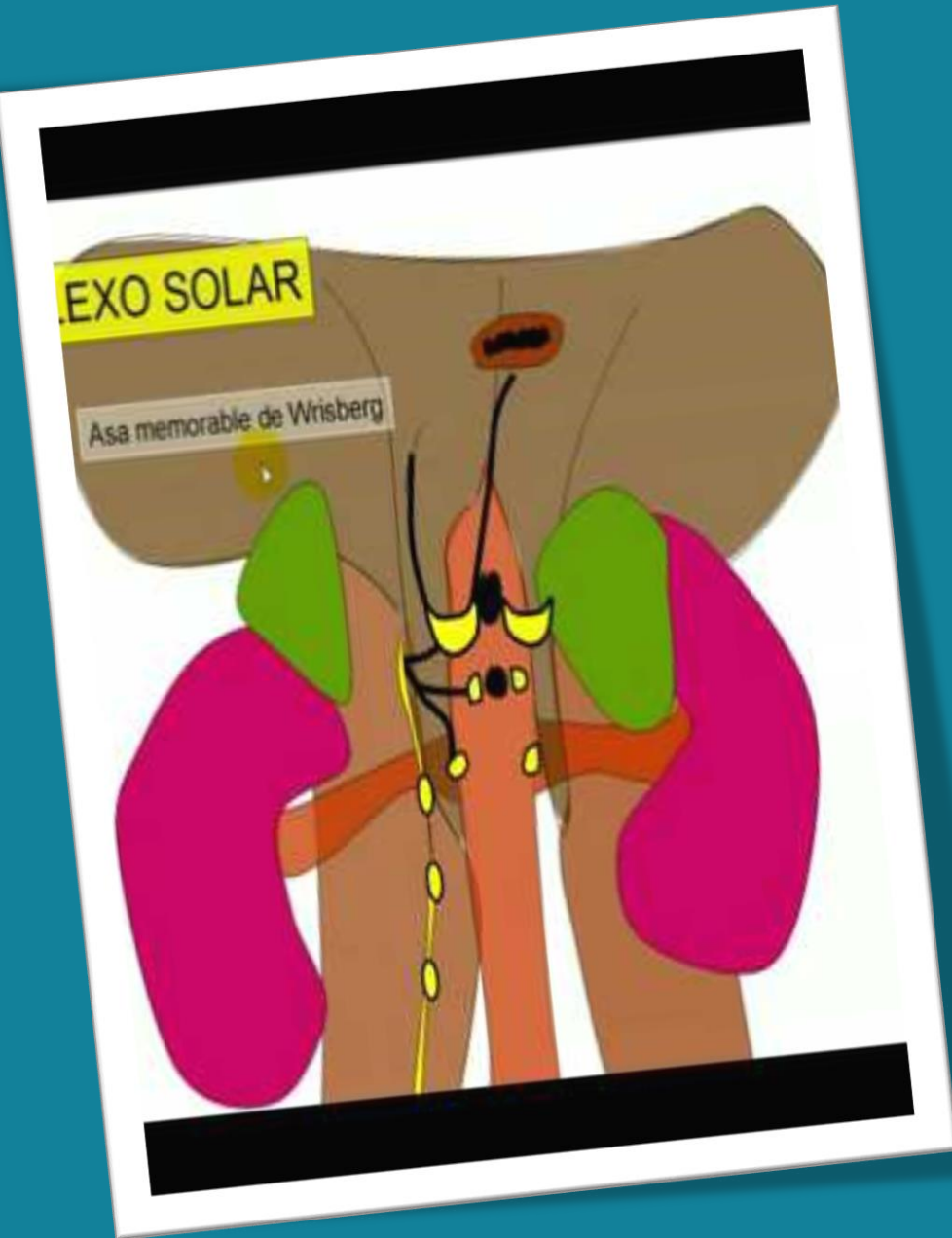
1. De tipo mecánico: La representación gráfica del dolor nos daría una forma de sierra

2. De tipo inflamatorio: El dolor va aumentando progresivamente

3. De tipo isquémico: continuo, angustioso, no cede

INFECCIONES Y LESIONES ORGÁNICAS : EJEMPLO

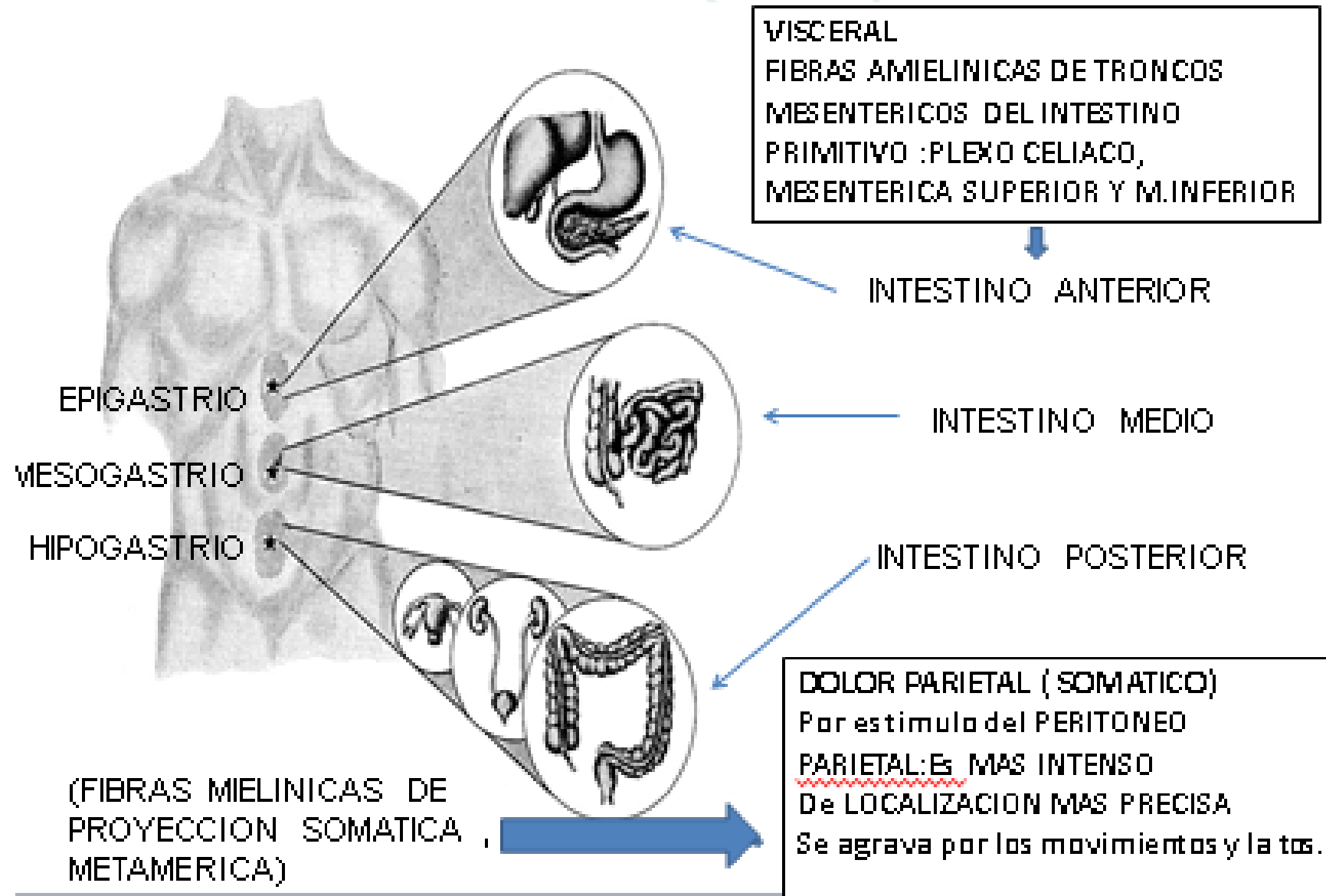
- El dolor puede ser de **TIPO VISCERAL**, que aparece a nivel de las **vísceras lesionadas**, motivado por la **distensión** de la víscera, por una **contractura** espasmódica de la musculatura, generada por una **exacerbación del peristaltismo**, por la **inflamación** del peritoneo o por **isquemia**. El dolor se encuentra referido a la **línea media del abdomen** y el paciente lo describe como localizado de **forma imprecisa** (protopático).
- Se conduce por las fibras amielínicas de los troncos mesentéricos del intestino primitivo: **PLEXO CELIACO, MESENTÉRICO SUPERIOR Y MESENTÉRICO INFERIOR**.



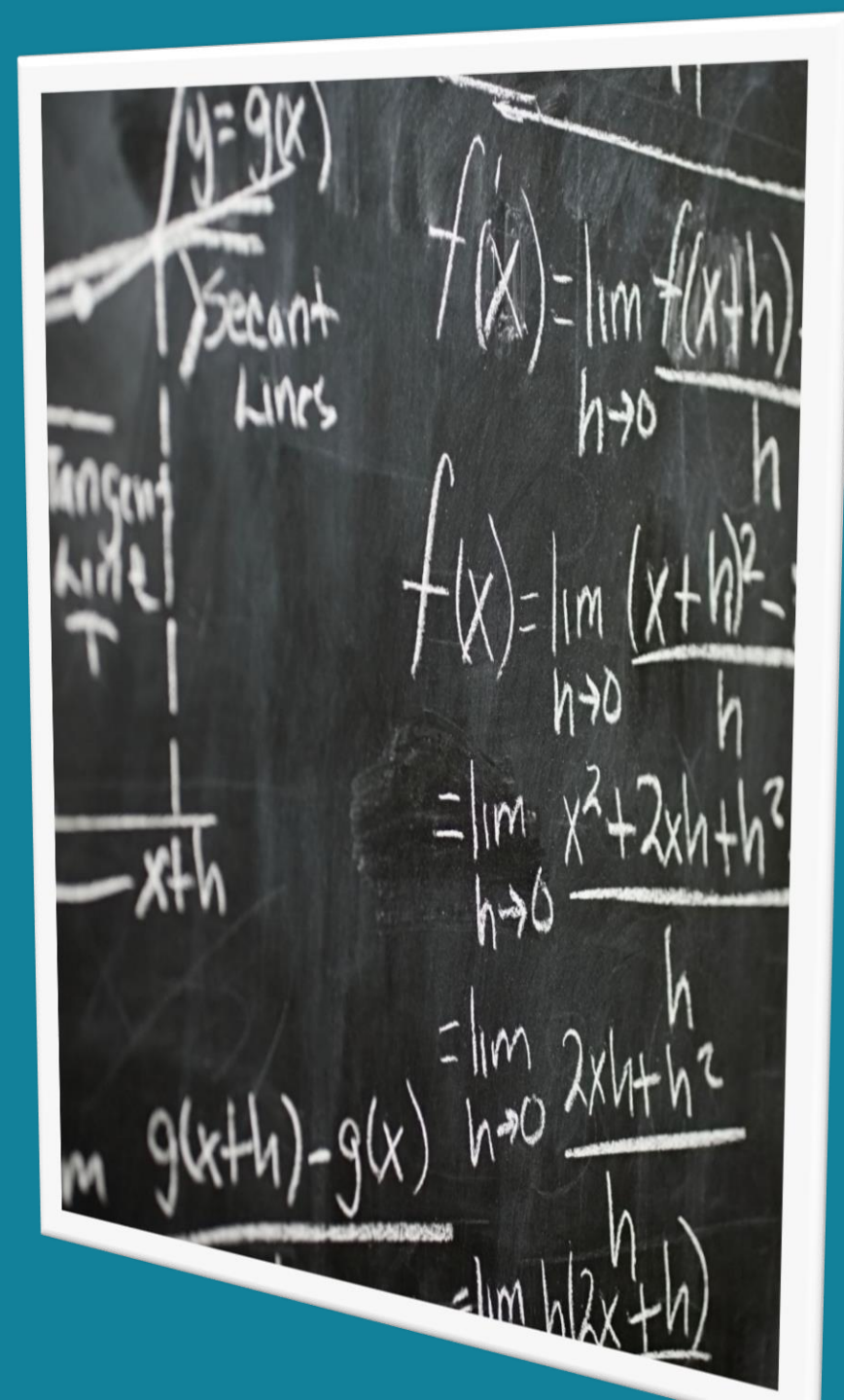
2. INFECCIONES Y LESIONES ORGÁNICAS : EJEMPLO

Por otro lado hablaríamos del **DOLOR PARIETAL** o dolor somático, que aparece por **estimulación del peritoneo parietal**. Es un dolor más intenso que el visceral, de **localización más precisa** y que se agrava con los movimientos y con la tos. Se conduce por fibras mielínicas de proyección somática metamérica.

También podemos hablar de un **DOLOR REFERIDO** que se encuentra localizado en una estructura que proviene del mismo dermatoma que aquella donde se origina el dolor.



TEORIA DE LA FACILITACION:
SUMACION DEL DOLOR VISCERAL +
ESTÍMULO SOMÁTICO = SOBREPASA EL
UMBRAL DOLOROSO



Anamnesis del dolor

A la hora de realizar la anamnesis debemos preguntarle al paciente una serie de cosas para concretar las características del dolor:

Localización inicial del dolor, que es donde se encontrará probablemente el proceso inicial.

Localización actual del dolor: **IRRADIACIÓN**

Agravación y alivio del dolor. ¿Con qué se modifica el dolor? movimientos, paralización, posición fetal...

Duración del proceso abdominal: puede aparecer y desaparecer durante 6 horas. Si se prolonga más pensamos en un cuadro grave.

Evolución del dolor

Calidad del dolor

1. Cólico es un dolor de tipo intermitente, indicativo de procesos obstructivos

2. Punzantes o urentes de entrada → irritación provocada por una perforación

3. Continuo y urente → aparece en inflamaciones

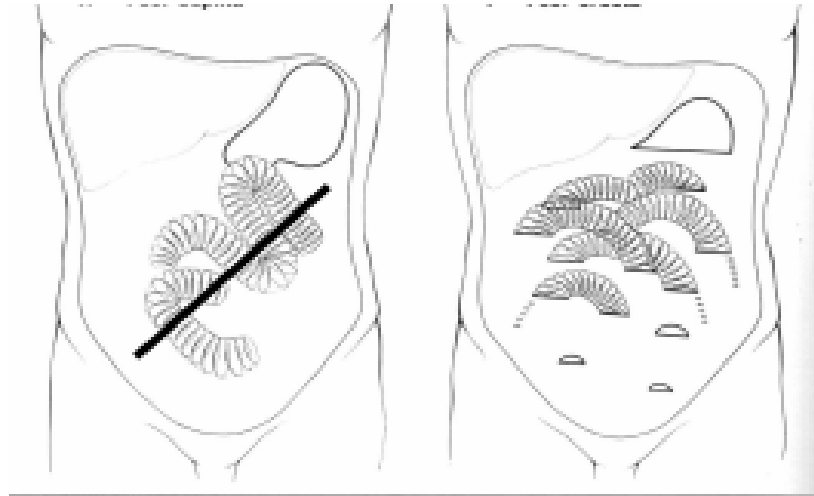
Contractura abdominal

La presencia de una contractura abdominal indica irritación peritoneal que se ha producido de forma rápida porque a nivel segmentario medular existen sinapsis entre las neuronas que provocan una contracción inmediata a nivel abdominal que es lo que llamamos vientre en tabla.

La conducción neuronal comienza a nivel segmentario medular, en el asta posterior, donde se encuentran las neuronas sensitivas. Éstas contactan con las neuronas motoras del asta anterior, provocando una contracción en el mismo punto donde se produce el estímulo doloroso. El tratamiento de las causas es quirúrgico.

DIAGNÓSTICO DEL ÍLEO

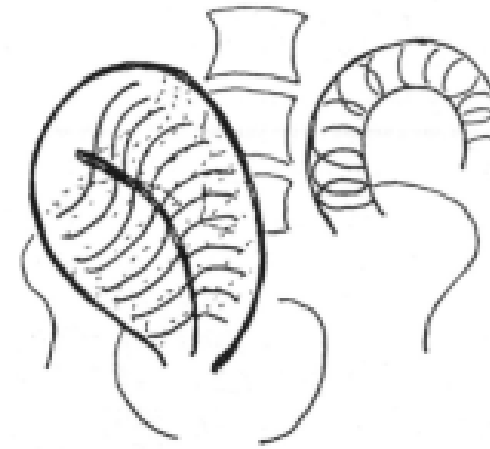
Obstruccion simple



Supino

erecta

Estrangulación



supino

- La secuencia de preguntas que debemos hacernos es la siguiente: **¿Hay íleo?**
- El abdomen está distendido
 - No expulsa gases
 - Vomita
 - Hay dolor

DIAGNÓSTICO DEL ÍLEO

¿Es mecánico o paralítico?

Se diferencia sobre todo con la uscultación.

Si es paralítico habrá silencio abdominal por ausencia de peristalsis.

¿Simple o estrangulación?

Se diferencia por el dolor, ya lo hemos visto antes.

Si el dolor es cólico nos orientará a un íleo simple.

¿A qué nivel?

Si hay muchos vómitos pensaremos en oclusión alta.

Si predomina la distensión, en oclusión baja.

¿Cuál es la causa?

Llegaremos a ella con una anamnesis y pruebas complementarias.

Preguntar si tiene historia de litiasis biliar → puede ser que se trate de una obstrucción causada por íleo biliar, que haya pasado al intestino.

Cirugías previas → pensamos en adherencias o bridas. Estados trombofílicos → íleo vascular. Fármacos, ya que algunos pueden provocar íleo paralítico (antidepresivos).

NERVIOS ESPLÁCNICOS: SNA

Llevan fibras eferentes (autónomas) y aferentes viscerales hacia y desde las vísceras de las cavidades corporales .

- 1) NERVIOS ESPLÁCNICOS CARDIOPULMONARES
- 2) NERVIOS ESPLÁCNICOS ABDOMINOPELVIANOS
- 3) NERVIOS ESPLÁCNICOS PELVIANOS O SACRO

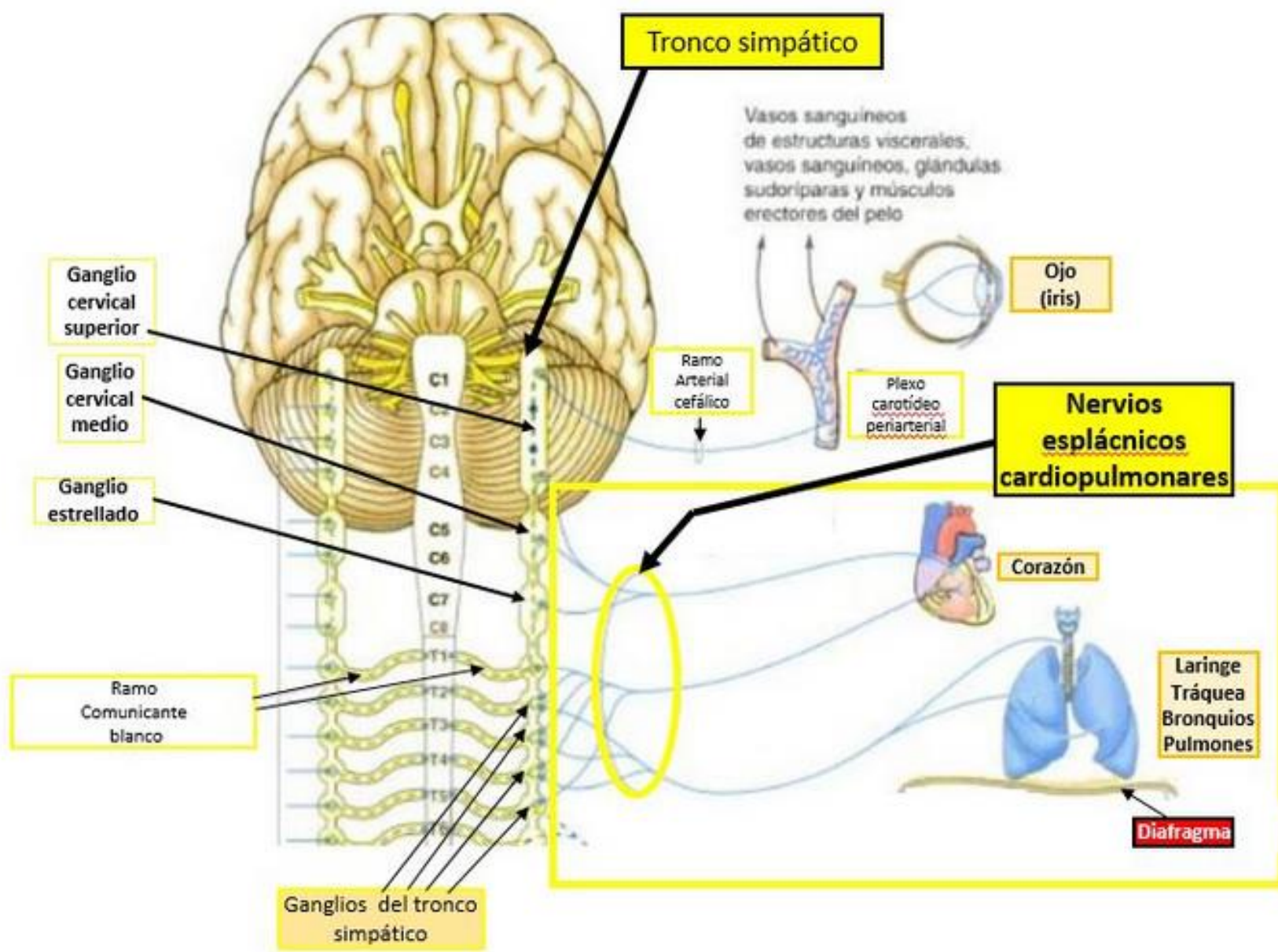
NERVIOS ESPLÁCNICOS CARDIOPULMONARES:

INERVAN VÍSCERAS DE LA CAVIDAD TORÁCICA .

ORIGEN → GANGLIOS DE LOS TRONCOS SIMPÁTICOS CERVICALES Y TORÁCICO SUPERIORES.

Contienen fibras eferentes postsinápticas simpáticas para los plexos cardíaco , pulmonar y esofágico.

Fibras aferentes viscerales*



Fibras simpáticas

----- Fibras presinápticas

———— Fibras sinápticas

NERVIOS ESPLÁCNICOS ABDOMINOPÉLVICOS:

INERVAN VÍSCERAS DE
LA CAVIDAD
ABDOMINAL Y
LA CAVIDAD PÉLVICA .

Origen: 1. ganglios de la
cadena simpático torácica
inferior (nervios esplácnicos
torácicos inferiores) ,
2. ganglios de la cadena
simpática lumbar nervios
esplácnicos lumbares

3. los ganglios de la
cadena simpática sacra
o pelviana nervios
esplácnicos sacros-

NERVIOS ESPLÁCNICOS ABDOMINOPÉLVICOS: TORÁCICOS INFERIORES.

**NERVIO ESPLÁCNICO MAYOR: ORIGEN T5-T9(10)→
DESTINO A GANGLIOS DEL PLEXO CELIACO.**



**NERVIO ESPLÁCNICO MENOR: ORIGEN T10-T11→
DESTINO A GANGLIOS DEL PLEXO AÓRTICOABDOMINAL.**

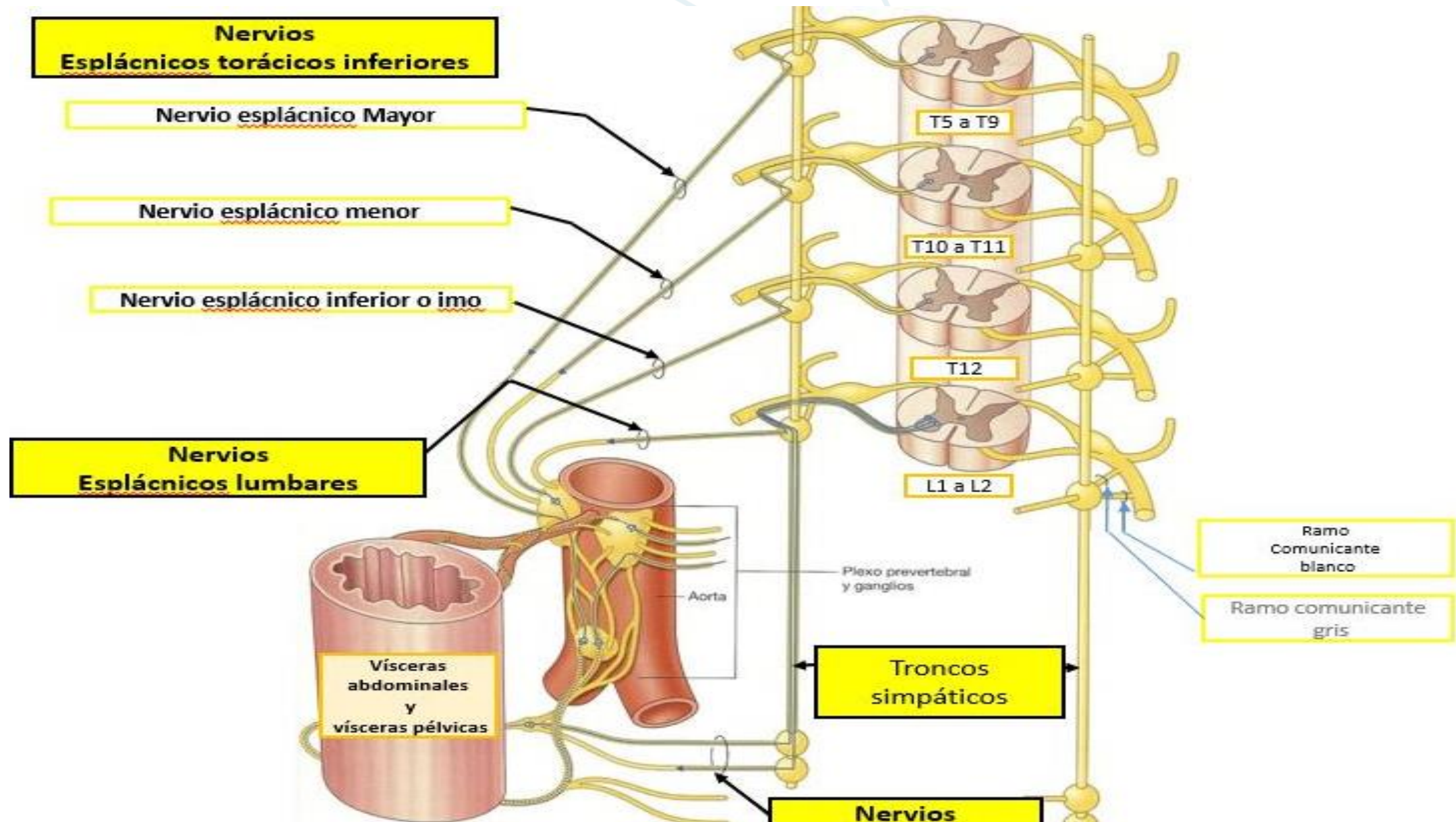


**NERVIO ESPLÁCNICO INFERIOR: ORIGEN T12→
DESTINO A GANGLIOS DEL PLEXO HIPOGÁSTRICO
SUPERIOR.**

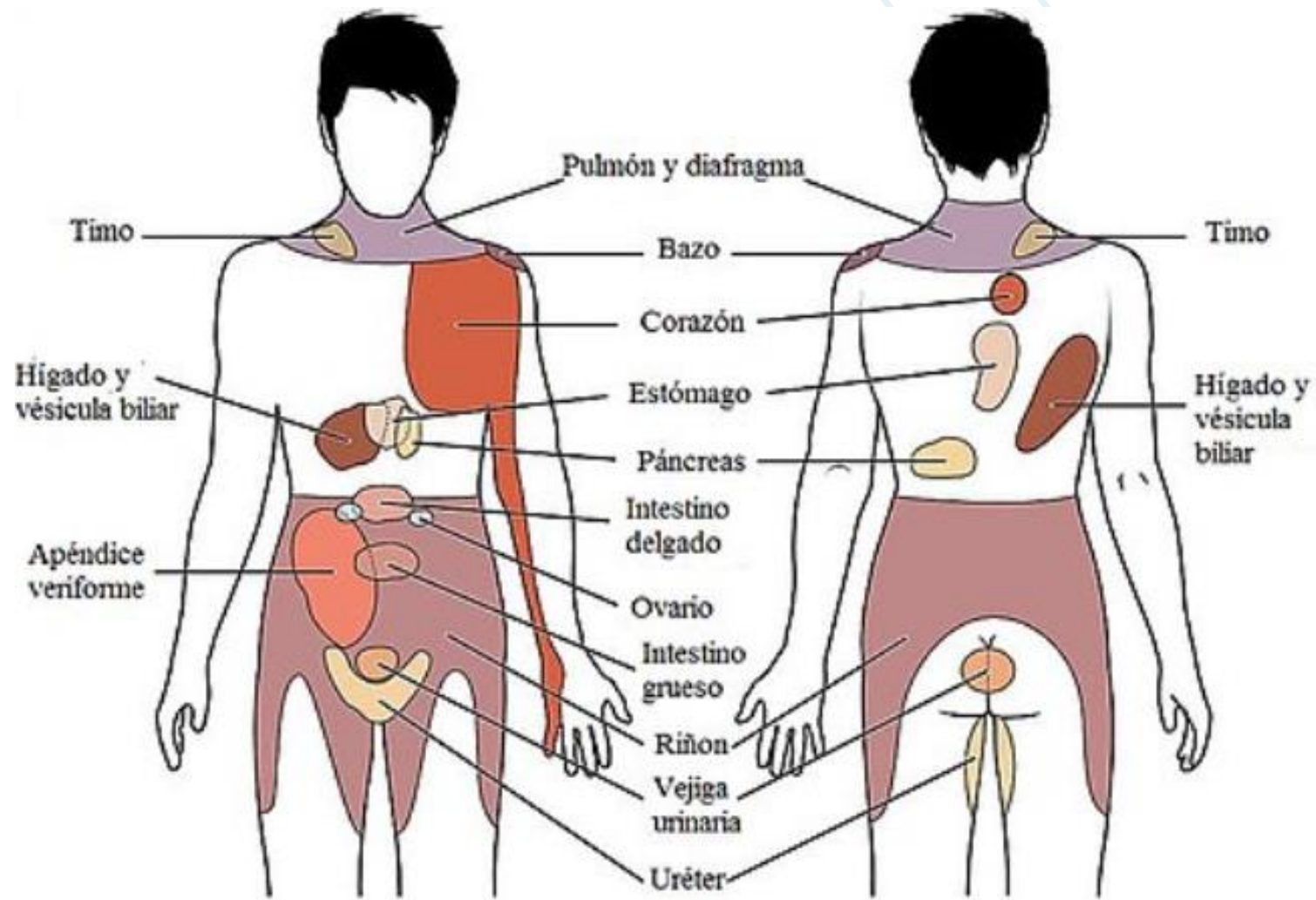
NERVIOS ESPLÁCNICOS ABDOMINOPÉLVICOS: LUMBARES Y SACROS.

LUMBARES : ORIGEN TRONCO
SIMPÁTICO LUMBAR →
DESTINO GANGLIOS DEL PLEXO
MESENTÉRICO INFERIOR ,
GANGLIOS DE LOS PLEXOS
INTERMESENTÉRICOS ,
GANGLIOS DEL PLEXO
HIPOGÁSTRICO SUPERIOR.

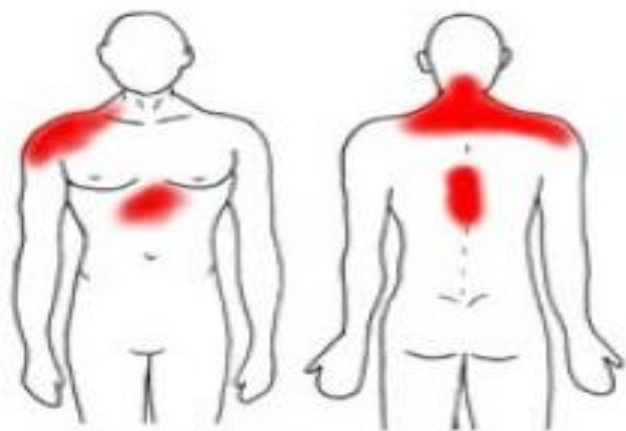
SACROS: ORIGEN CADENA
SIMPÁTICA SACRA O PELVIANA
→ DESTINO GANGLIOS
PREVERTEBRALES PÉLVICOS



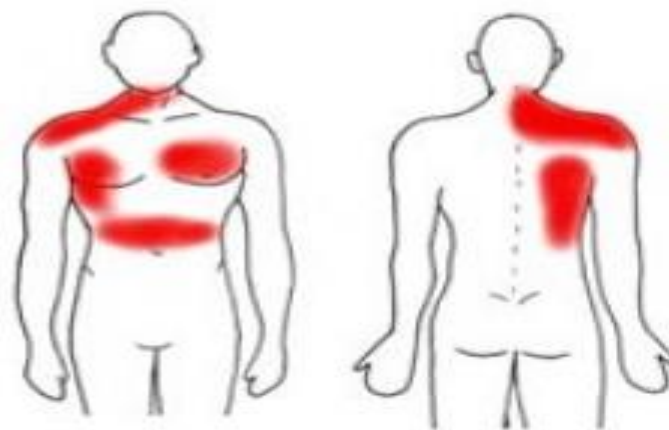
DOLOR REFERIDO VISCERAL:



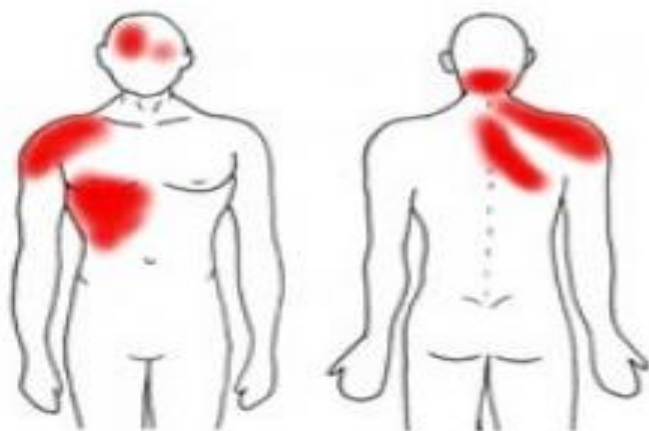
DOLOR REFERIDO VISCERAL:



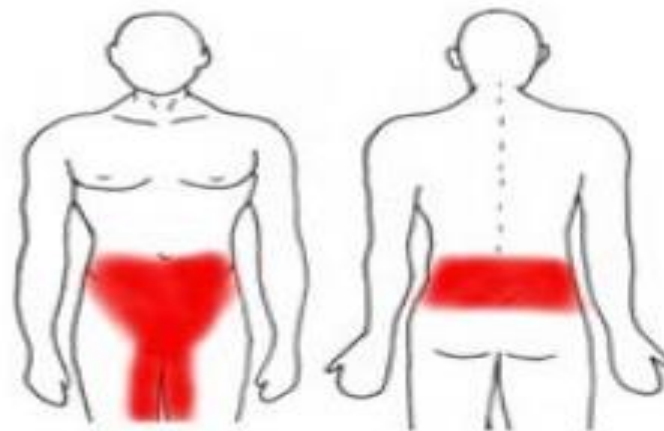
Estómago



Pulmones

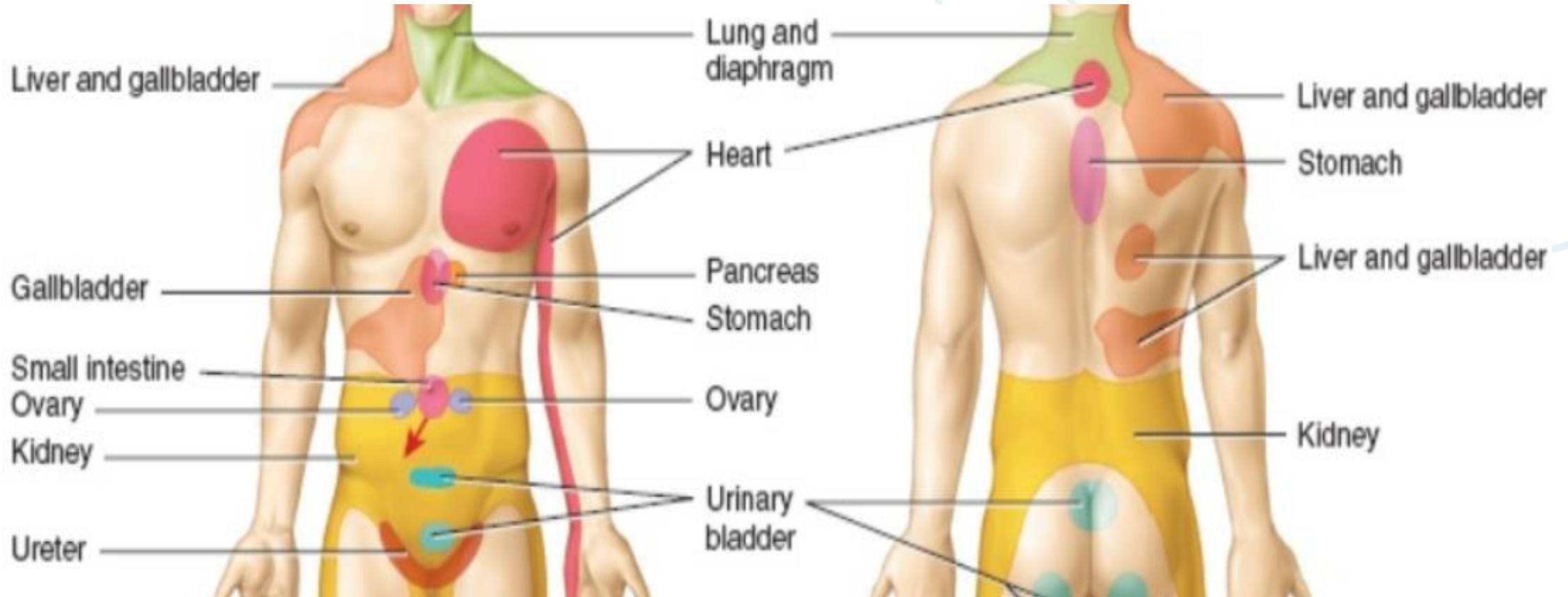


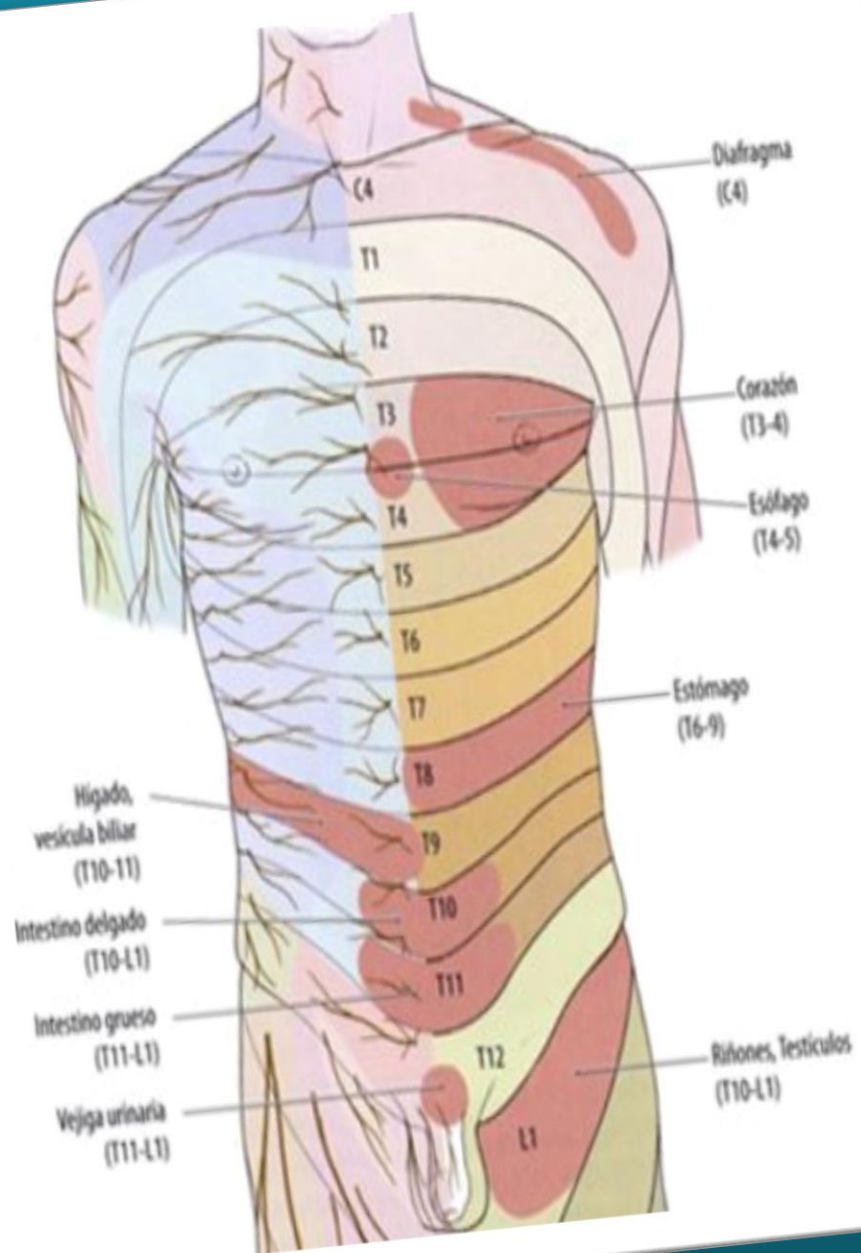
Hígado y Vesícula biliar



Riñones y aparato genitourinario

DOLOR REFERIDO VISCERAL:





DOLOR REFERIDO VISCERAL

DOLOR REFERIDO VISCERAL:



DISFUNCIÓN VISCERAL

La triada sintomática que traduce la disfunción osteopática de una víscera incluye:

- Apófisis espinosa dolorosa de la vértebra o de las vértebras en relación **(ESCLEROTOMA)**
- **DERMALGIA REFLEJA** en relación a la víscera patológica situada en los mismos dermatomas que las vértebras involucradas.
- Punto trigger visceral del órgano en disfunción.

El conjunto habrá desaparecido después del tratamiento, indicando de esta manera la interrupción del arco reflejo nociceptivo.



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

europeanjournalosteopathy.com