

NOTAS Y OBSERVACIONES CLINICAS

ALGUNOS ASPECTOS DE LA SENSIBILIDAD DOLOROSA

Dr. A. CARDONER PLANAS

EN el curso de intervenciones ano-rectales en que por su corta duración habíamos empleado la anestesia con el evipan sódico intravenoso, hemos observado una curiosa manera de recuperar la sensibilidad dolorosa.

El fenómeno observado consiste en lo siguiente: Mientras dura la hipnosis provocada por el fármaco enfermo no se queja, pero cuando ya ha terminado la intervención y durante el estado intermedio entre sueño y vigilia que sobreviene al empezar a desaparecer el efecto del evipan, el paciente se queja de todos los dolores que habría sufrido con anterioridad, si no hubiera sido anestesiado.

Los caracteres que rodean la presentación de este dolor proyectado (como vemos) fuera de tiempo, son los siguientes:

a) Dura menos que la operación quirúrgica, pero es intenso. Surge como una protesta (desproporcionada con la cultura del que lo aqueja) o como la reacción que presentaría un sujeto primario (niño o deficiente mental) librado a sus instintos.

b) Va acompañado de movimientos parecidos a los que traducen las emociones.

c) Cuando cesa y el enfermo despierta por completo, existe amnesia retrógrada, o sea que no recuerda ni su dolor ni sus quejas. Como que el sueño determinado por el evipan se consigue a los pocos centímetros cúbicos de inyectado endovenosamente y por otra parte el anestesiado por este medio no recuerda nada de lo ocurrido desde que comenzó a dormir hasta que despierta totalmente, se produce un paréntesis en la vida del enfermo y es precisamente dentro de este paréntesis y al final del mismo, cuando sobreviene la reacción dolorosa descrita.

1. — El que se manifieste este dolor cuando hace un lapso de tiempo bastante grande (cinco o quince minutos) que han desaparecido las causas de su producción, induce a pensar que ha estado previamente almacenado, permaneciendo de un modo inconsciente, en alguna parte del sistema nervioso.

La localización de este género de depósito de las sensaciones puede ser objeto de conjetura si tenemos en cuenta que el dolor en estos casos que venimos describiendo, se presenta cuando empieza a desaparecer el efecto hipnótico del evipan, para terminar cuando el enfermo recupera su actividad psíquica consciente. Por ello resulta lícito presumir que este medicamento ejerce su acción en una vasta zona encefálica que comprendería el centro regulador del sueño (diencefálico), el tálamo óptico y las comunicaciones entre estas capas ópticas y la circunvalación parietal ascendente (lugar de paso obligado para que cualquier sensación afecte a la conciencia).

Los hechos enumerados constituirían pues un argumento en favor de quienes creen que el carácter afectivo de las sensaciones o sea el resultar agradables o desagradables, les es comunicado a su paso por el tálamo óptico.

Pero, además, las características a) y b) antes enunciadas nos indican que el dolor se acusa en un lugar relacionado íntimamente con la expresión emocional, condición que también posee el tálamo óptico.

2. — La crisis dolorosa de que venimos ocupándonos, únicamente se presenta cuando en el curso de la intervención quirúrgica que ha requerido la anestesia con evipan, ha sido distendido el esfínter interno del ano o seccionada la cubierta cutáneo-mucosa que lo tapiza. Esta zona se halla abundantemente inervada por el sistema nervioso autónomo y dicha particularidad junto con la falta de adaptación que

hemos puesto de relieve en *a*), y al ser más acusado el fenómeno en los sujetos de sistema nervioso vegetativo lábil nos indican la participación de este último en la aparición de la referida crisis.

Superadas las antiguas discusiones acerca de la especificidad o inespecificidad de las sensaciones dolorosas en sentido afirmativo y reconocida por todos la existencia de terminaciones nerviosas libres en el seno de los tejidos, cuya modificación mecánica o química da lugar al dolor, se duda todavía de las vías que pueda seguir esta clase de sensibilidad para llegar a los centros nerviosos superiores. Si para las formaciones anatómicas profundas (grandes vasos, periostio, peritoneo, pleura, meninges) no existe dificultad alguna para reconocer la naturaleza vegetativa de su correspondiente inervación sensitiva para el dolor, el acuerdo es más problemático cuando se trata de la sensibilidad dolorosa cutánea. (Aun para ésta, existen diversos argumentos en favor del papel que juega el sistema nervioso vegetativo en su transmisión. En primer lugar la conducción de las impresiones dolorosas se efectúa tan lentamente como los estímulos son propagados a lo largo de los cilindroejes de las neuronas simpáticas; pero además la aparición de disociaciones de la sensibilidad en caso de heridas del sistema nervioso periférico; el hecho de que no se haya podido disociar en la médula espinal las vías del dolor de las de la temperatura y la posibilidad de que los individuos "cordotonizados" presenten de nuevo dolor, constituyen otros tantos argumentos en favor de la hipótesis que califica al sistema nervioso vegetativo y particularmente el simpático, como uno de los caminos seguidos por la sensibilidad dolorosa cutánea.)

Por consiguiente y sin que quepa determinar con exactitud el papel desempeñado por el sistema nervioso vegetativo en la recepción y transmisión de los estímulos dolorosos, lo que sí cabe afirmar es que nos encontramos lejos de las ideas clásicamente aceptadas acerca de las vías seguidas por dicha clase de sensibilidad, según las cuales, las terminaciones nerviosas libres antes mencionadas eran el extremo periférico de células nerviosas somáticas ganglionares cuyo extremo central ascendería exclusivamente por la médula (haz espinotalámico lateral) para ir a terminar en el tálamo óptico.

3. — La proyección del dolor fuera del tiempo, tal como la hemos relacionado guarda cierto parecido con las parestesias conocidas con el nombre de "miembro fantasma" y que consisten en sensaciones desagradables o dolorosas que los amputados refieren al miembro ausente y cuya etiología es desconocida. Sin embargo la semejanza es más de forma que de fondo, puesto que las parestesias acusadas en el "miembro fantasma" no suelen desaparecer totalmente, mientras que la crisis dolorosa descrita por nosotros, termina por completo al recuperarse la conciencia. En realidad en el primer caso se trata de una percepción imaginaria por falta de objeto, o sea de una alucinación, al paso que en el segundo se trata de un retardo en el reconocimiento de un grupo de sensaciones, o sea de una modalidad especial de paramnesia, por supresión de la actividad psíquica inconsciente pero inmediatamente subyacente a la conciencia.
