

# Dolor abdominal crónico. Esencia de la práctica gastroenterológica

Paulo Emilio Archila, MD.<sup>4</sup>

En la primera mitad del siglo XX, el estudio del dolor abdominal crónico se limitaba a las enseñanzas semiológicas de las diferentes escuelas europeas, que partiendo de una rigurosa anamnesis y un cuidadoso examen físico conducía a disquisiciones fisiopatológicas que pudieran explicar los hallazgos, y aun sin diagnóstico claro permitieran formular una hipótesis terapéutica no basada en la evidencia. Los resultados de este ejercicio no fueron los mejores, pero nos dejaron descripciones de signos y síntomas con una utilidad que un siglo después no podemos desconocer.

No distaban mucho de las enseñanzas que dejaron Galeno en Grecia y posteriormente de Maimónides en Egipto, precursores de la Medicina Occidental, dotados de una gran imaginación y de una prodigiosa astucia clínica.

El dolor abdominal crónico siempre constituyó una de las primeras causas de consulta y su abordaje siempre fue complicado. Se consideraba que los dolores procedían de órganos intraabdominales, y por falta de recursos diagnósticos, ante el fracaso terapéutico debía acudir a la experticia de los cirujanos. Así fue como nació la Gastroenterología, una ciencia cuya solución dependía del acto quirúrgico y así se mantuvo hasta la mitad del siglo XX. Algunos autores comenzaron a distinguir entre el dolor de origen visceral y el dolor de la pared abdominal, describiendo signos semiológicos que hicieron una diferenciación aproximadamente cierta.

Los gastroenterólogos de los años 70 tuvimos la fortuna de ser entrenados con esos conceptos que fueron desapareciendo con la introducción de nuevos síndromes explicativos del dolor abdominal crónico como el Colon irritable, hoy denominado síndrome de Intestino irritable basado en las explicaciones neuroendocrinas propias del fin de siglo. Se han desarrollado innumerables medicamentos para el control de los síntomas y de la enfermedad, sin haber logrado avances verdaderamente eficaces, como sí sucedió con las enfermedades viscerales, ejemplo clásico el de la enfermedad ulcerosa péptica, para la cual contamos hoy en día con herramientas diagnósticas de la mayor precisión y con conocimientos fisiopatológicos que llevarán a la erradicación de la enfermedad.

Los conceptos de intestino irritable, gastritis, dispepsia no ulcerosa, dolor abdominal crónico idiopático, etc., han distraído la atención sobre el estudio del dolor abdominal crónico de causas concretas no viscerales. Incluso llevan a recurrir a la psiquiatría y a las medicinas alternativas, sin una noción clara de qué es lo que le sucede al paciente.

Este recorrido histórico nos lleva al trabajo ganador del Premio Jácome Valderrama 2007, denominado *Dolor crónico de la pared abdominal: una entidad poco reconocida con gran impacto en la práctica médica*, de los doctores William Otero, Xiomara Ruiz, Elder Otero, Martín Gómez, Luis

<sup>1</sup> Ex presidente Asociación Colombiana de Gastroenterología  
Especialista adscrito en Medicina Interna y Gastroenterología

Clínica del Country – Bogotá  
Fecha recibido: 26-11-07 / Fecha aceptado: 30-11-07

Fernando Pineda y Víctor Arbeláez, publicado a continuación en este número.

El mérito de este trabajo no está sólo en la rigurosidad del método científico con el cual fue desarrollado, sino en la capacidad de evocar y reeditar la práctica de la semiología dentro de la medicina moderna, era de la biología molecular, dando herramientas para comprobación científica y verificación de evidencias a partir de la simple utilización de una buena anamnesis y el conocimiento de un simple signo clínico. Los resultados terapéuticos no dejan de sorprender, pero se podrán ir implementando técnicas de tratamiento

cada vez más eficaces, sin caer en la distracción de los exhaustivos exámenes diagnósticos a órganos sanos, que tienen un enorme costo en tiempo y dinero para nuestros pacientes y para el sistema de salud. No quiere esto decir que debemos omitir estudios que descarten enfermedades que requieran tratamiento médico o quirúrgico especializado cuando la sospecha clínica lo demande.

Quiere decir que antes de complicar un diagnóstico con exceso de conocimientos sofisticados, es prioritario el ejercicio del pensamiento.

¡Felicitaciones al grupo investigador por recordarnos la importancia de pensar!