



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Clasificación de los tipos de dolor

Docente: Dr. Antonio de Jesús Pérez Aguilar

Materia: Medicina física y de rehabilitación

Alumno: Lara Vega Ismael

Semestre 5to Grupo A

25/08/2020

Tipo de dolor	Características
Somático	<ul style="list-style-type: none"> -Puede producirse mediante traumatismos que estimulen mecanorreceptores. -Estimulación con temperaturas altas o bajas, despierta dolor por activación de termorreceptores. -Otros son; nociceptores polimodales, que responden a estímulos mecánicos, térmicos y químicos. -Se han reconocido en diversos órganos un tipo de receptores que no responden a estímulos mecánicos fisiológicos, pero si a estimulantes químicos, se trata de los receptores silenciosos o dormidos. -Un mediador es la sustancia P, que sirve de neurotransmisor a nivel medular, que también se almacena en terminales sensitivas, genera una potente acción vasodilatadora, aumento de permeabilidad, edema, quimiotaxis de leucocitos, plaquetas y mastocitos. -Producen radicales de O, serotonina e histamina que contribuyen a la inflamación. -La hiperalgesia se explora a menudo en la práctica a manera de evidenciar el compromiso de un órgano. -Fibras predominantes: Mielínicas A -Es agudo y punzante, comienzo y finalización rápidos. -Los límites son bien precisos y es bien localizado
Visceral	<ul style="list-style-type: none"> -Sus desencadenantes son menos conocidos y más complejos. -Muchos de los mecanismos que desencadenan dolor en estructuras somáticas no lo hacen cuando se los aplica a las estructuras viscerales o directamente no se les percibe. -La distensión espontánea o experimental es el estímulo algogénico de las vísceras, este tipo de dolor se agrava con las ondas de contracción que son propias de cada órgano que aumenta la presión intraluminal.

	<ul style="list-style-type: none"> -Otro estímulo para el dolor visceral es la isquemia -El último mecanismo es la inflamación, cuya observación clínica es frecuente, diversos órganos abdominales de los que normalmente no se tiene noción, se tornan dolorosos al inflamarse. -Las fibras predominantes son las Amielínicas o C -Es un dolor urente, vago y tardío -Los límites son imprecisos, es mal localizado, en general referido a la línea media
Neuropático	<ul style="list-style-type: none"> -Es permanente o intermitente, tiene episodios de intensidad y duración variadas. El dolor de base puede sufrir esfuerzos paroxísticos, como llamaradas. -Se puede originar por una lesión de las vías nerviosas en determinada región y coexistir con un déficit de otros tipos de sensibilidad -Carece de utilidad o sentido de alarma o protección. -La activación de la estructura nerviosa es de forma espontánea y no requiere la participación de un estímulo externo para originar la señal del dolor -No responde a AINES, pero si a los psicofármacos, por la falta de lesión tisular -En su generación y mantenimiento participa el sistema nervioso simpático -Puede acompañarse por sensaciones anómalas como alodinia mecánica y termina, hiperalgesia mecánica y térmica.
Funcional o psicógeno	<ul style="list-style-type: none"> -Carecen de sustrato estructural evidenciable -Su fugacidad y trivialidad hacen innecesario cualquier intento de estudio etiológico -Se relaciona con ciertas perturbaciones mentales más o menos graves como; neurosis, hipocondría o trastornos somatoformes.

Bibliografía

Argente, H. A., & Álvarez, M. E. (2013). *Semiología médica*. Buenos Aires: Editorial médica panamericana.