

Manejo del dolor torácico de origen esofágico

J. M.^a Garijo Forcada

Con frecuencia los enfermos no presentan una causa obvia de dolor torácico no coronario (DTNC) y como refiere RICHTER van como pelotas de ping-pong de uno a otro especialista; muchos de estos enfermos siguen pensando que son portadores de una cardiopatía no diagnosticada y son incapaces de trabajar o participar en actividades diarias y a menudo tienen problemas emocionales y sociales (1).

En marzo de 1991, en St. Louis se celebró una reunión multidisciplinaria y su resultado fue advertir que el dolor retroesternal con angiografía coronaria normal, es un problema multidisciplinario y que en muchos casos posee características semejantes a síndromes dolorosos crónicos.

MC CALLUM (2) refiere que el 60% de los pacientes con dolor precordial y con angiografía normal presentan una causa esofágica de su dolor. Más del 20% de los pacientes estudiados por dolor torácico no muestran lesiones orgánicas coronarias.

El dolor torácico de origen esofágico (DIOE) a veces tiene las mismas características que el dolor de origen coronario; ante las nuevas tecnologías se puede discernir la causa del dolor, pero no será la última vez que se achaque al esófago el dolor y luego fallezca el paciente de un infarto (3).

Ambos dolores esofágicos y coronarios no son excluyentes (4, 5, 6) y pueden aparecer síntomas esofágicos en pacientes con patología coronaria y a veces trastornos electrocardiográficos en pacientes con alteraciones esofágicas. Se considera que del 18 al 56% de los enfermos con dolor precordial presentan trastornos de la motilidad esofágica. A su vez, el 10% de pacientes con reflujo gastroesofágico tiene dolor torácico.

Se considera en líneas generales que es el esó-

fago el responsable del dolor torácico no coronario del 20 al 60% de los casos.

Según GRANDO (7) el DIOE sólo puede ser considerado si:

1. El paciente se queja del síntoma durante la realización de una monitorización cardíaca y esofágica.
2. Si existe una correlación temporal clara entre el síntoma y una alteración esofágica funcional.
3. No se determinan hechos anormales en el control electrocardiográfico.

Características del dolor precordial

Se localizan en el centro del tórax, con carácter constrictivo, dura varios minutos, está inducido por el esfuerzo y se alivia a veces por alcalino.

Suele estar relacionado con la ingesta excesiva, haciéndose más claro en decúbito y por las noches; puede haber síntomas esofágicos anteriores como disfagia o pirosis. Se alivia también con los nitritos y si la causa es el reflujo se alivia también con los antiácidos.

VANTRAPPEN (8) introduce el concepto de esófago irritable; considera el esófago irritable como una respuesta sensitiva del esófago a la presencia de ácido o de un trastorno motor. Las sensaciones dolorosas de origen esofágico se pueden clasificar en tres tipos de síntomas:

1. La pirosis es una sensación de quemadura ascendente que empieza en el hueco epigástrico o en la parte baja de la región retroesternal y puede subir a la parte media o superior y puede o no estar acompañada de regurgitaciones líquidas, ácidas o amargas. El reflujo gastroesofágico no es siempre responsable de la acidosis.
2. La odinofagia sobreviene en el curso de lesiones de la mucosa esofágica como úlceras de esófago o esofagitis graves.

3. Los dolores de tipo anginoso son los más difíciles de diagnosticar, ya se han descrito sus características, y los trastornos de la motilidad esofágica pueden ser responsables de estos dolores torácicos.

Mecanismos del dolor esofágico

El substratum anatómico de estas sensaciones dolorosas no es más que parcialmente conocido. Los quimiorreceptores no han sido identificados en la mucosa esofágica, pero deben existir, ya que la perfusión ácida del esófago es capaz de provocar pirosis e incluso dolor. Los mecano-receptores han sido identificados en varias especies de animales. Otros mecanismos que no son el reflujo y los trastornos motores se han identificado; RODRICO ha descrito la existencia de fibras nerviosas que forman estructuras lamelares en la superficie de los vasos sanguíneos, en la submucosa del esófago medio, en el perro y en el mono. Estas estructuras nerviosas pueden ser las responsables de la transmisión de los dolores de tipo isquémico que pueden sobrevenir durante las contracciones musculares esofágicas prolongadas.

Causas del dolor torácico de origen esofágico

1. Acalasia.
EDE
PES
2. Reflujo gastroesofágico.
3. Esofagitis sin reflujo.
4. Tumores esofágicos.
5. Úlcera esofágica.

Métodos diagnósticos

Entre los métodos tradicionales figura la radiología y la endoscopia. Parece justificado realizar en primer lugar una radiología y después una endoscopia alta, con lo cual se descartarán las úlceras esofágicas, etc. El descubrimiento de una esofagitis erosiva significa que puede ser la causa de un dolor torácico, por lo que conviene en un primer tiempo hacer un tratamiento médico.

El registro continuo de 24 h. del pH y de la presión esofágica (9, 10) ha permitido establecer el origen esofágico de estos dolores, en el 60% de los casos de manera casi cierta y de manera probable en el 25%.

También, como métodos tradicionales, figura la manometría convencional y la pHmetría convencional. En cuanto a la manometría convencional puede revelar una acalasia vigorosa o una enfermedad por espasmo difuso del esófago. Esto sólo ocurre en el 20% de los pacientes con DTOE.

En cuanto a la pHmetría convencional, los tests pHmétricos e incluso la pHmetría de 24 horas con análisis cuantitativos de los datos es de utilidad modesta para el diagnóstico de los DTOE; en efecto, se demuestra que un reflujo no es prueba determinante de que sea el responsable del DTOE.

En definitiva, la radiología, la esofagoscopia, la manometría y la pHmetría convencional permiten raramente probar el origen esofágico de un dolor torácico; si los resultados son anormales justifican otros exámenes complementarios y si son normales, no permiten excluir el origen esofágico del dolor.

Pruebas de provocación (11, 12)

1. *Test de perfusión ácida o test de Bernstein.*—Por instilación de un débito de 6 a 8 ml./min. de ácido clorhídrico 0,1 N en su tercio medio del esófago por medio de un catéter. El test es considerado positivo y la perfusión ácida produce un dolor equiparable al dolor habitual y, sin embargo, no lo produce la perfusión de suero fisiológico. El resultado negativo no permite excluir al esófago como causa del dolor.

2. *La pHmetría gastroesofágica de esfuerzo.*—Consiste en realizar durante una pHmetría de 24 h. una ergometría. Los resultados muestran el interés de la asociación, ya que es un test eficaz.

3. *La pHmetría ambulatoria de 24 h.*—Es el Gold Standard en el diagnóstico del reflujo gastroesofágico; se considera patológica cuando el porcentaje de tiempo total a pH < 4 es superior al 5%.

La sintomatología clínica se intensifica cuando las alteraciones y la pHmetría son más evidentes, aumenta la frecuencia a medida que lo hace el grado de esofagitis; 6% en grado 0; 9% en grado I/II, y 20% en grado III/IV.

El hecho de que el 82% de los enfermos con esofagitis microscópica muestre una pHmetría patológica refuerza el papel de esta prueba en la valoración de los pacientes con sintomatología clínica de reflujo y endoscopia normal.

Sólo el 5% de los pacientes con esofagitis presentan una pHmetría ambulatoria dentro de los límites de la normalidad y corresponden a pacientes con esofagitis grado 0/1.

4. *Test farmacológico.*—La pentagastrina y el betanecol empleados para acentuar las anomalías motoras observadas en caso de espasmo difuso de esófago tienen un valor limitado. BENJAMÍN demostró en esta prueba que el DTOE sólo se presenta en el 3 al 6%.

La ergonovina es el agente más eficaz para demostrar anomalías motrices con resultados positivos del 22 al 60%; sin embargo, los riesgos cardíacos de esta sustancia limitan su empleo. El edrofonio permite obtener, como inhibidor de la colinesterasa, resultados equivalentes a los de la ergonovina, pero de forma menos peligrosa. La inyección intravenosa de 80 mg./kg. de edrofonio detecta trastornos motores esofágicos y el dolor torácico ocurre en el 20 al 30%. Como efecto secundario ocurren mareos, ojos llorosos, calambres abdominales y no se reco-

mienda en pacientes con asma, EPOC y arritmias cardíacas.

5. *Distensión por balones esofágicos.*—La dilatación con balones intraesofágicos no presenta efectos secundarios o contraindicaciones; es una técnica inocua y con una sensibilidad del 38 al 40%.

BARISH estudió la respuesta a la distensión con balones intraesofágicos, colocando el balón 10 cm. por encima del esfínter inferior del esófago. El 57% de los enfermos tuvieron dolor torácico con tan sólo el 20% de los casos. Los enfermos eran más sensibles o bien les aparecían cuando el balón tenía menor volumen.

6. *Registro prolongado de presión y del pH intraesofágico.*—Consiste en registrar durante 24 h. el pH y la presión intraesofágica. Permite saber si el esófago es la causa cierta del dolor en el 27% de los casos, probable en el 28% y sospechoso en el 25%. El registro de 24 h. del pH esofágico y de la presión es un test fisiológico y el que mejor permite saber si un dolor torácico de origen esofágico es debido a un trastorno motor o a un reflujo (figs. 1-2-3).

7. La estimulación eléctrica endoesofágica se utiliza en el diagnóstico del dolor precordial, en especial en los trastornos de la motilidad.

Tratamiento

Habría que individualizar los enfermos, conocer la causa que ha originado el dolor; si el mo-

Figura 1. Dolor torácico durante un período de reflujo

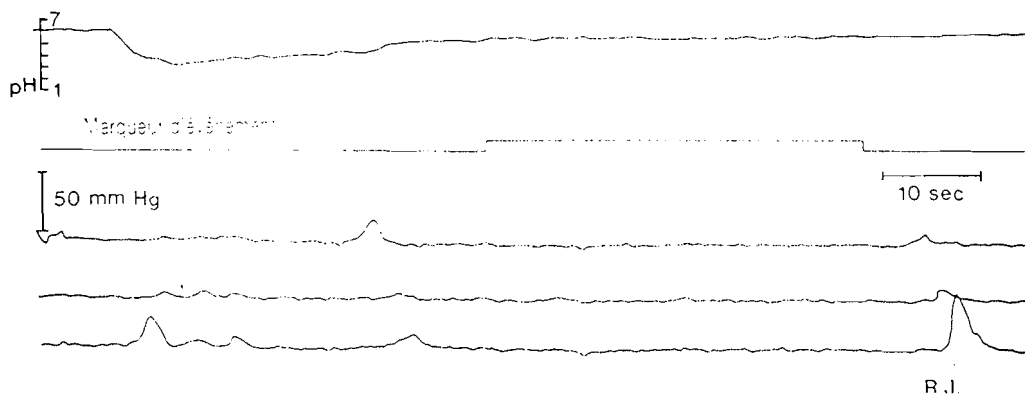


Figura 2. Picos de presión de gran amplitud, sin reflujo, durante el dolor torácico

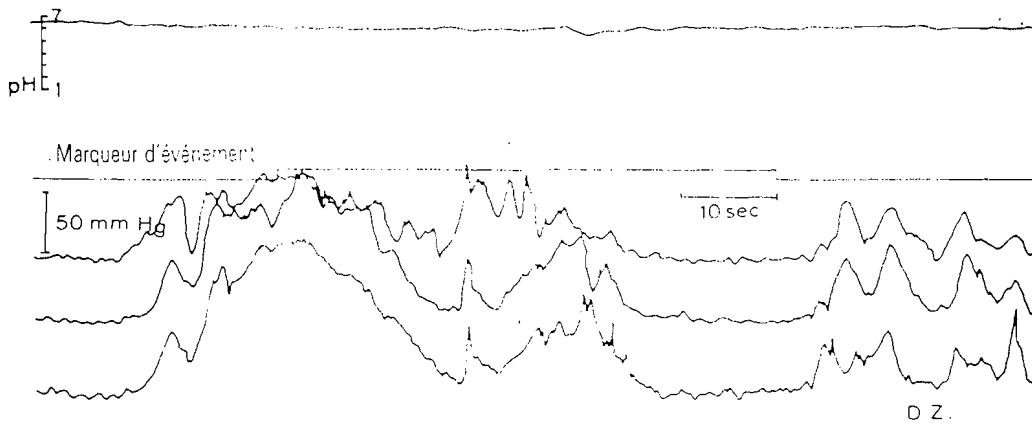
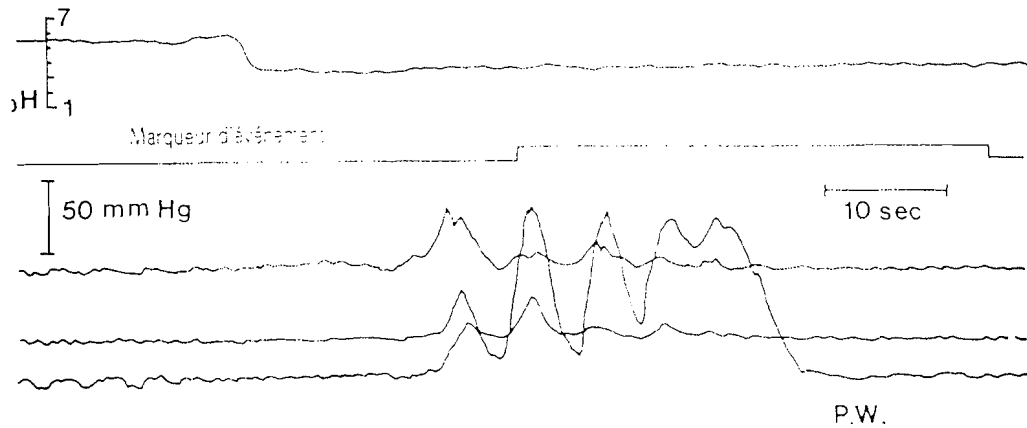


Figura 3. Dolor torácico durante un período de reflujo y acompañado de anomalías motoras



tivo es el reflujo habrá que emplear anti- H_2 y antiácidos, así como las medidas posturales. En ocasiones será necesario usar sustancias proquinéticas y en ocasiones cirugía.

En cuanto a los disturbios motores, pueden tratarse con nitritos o con bloqueadores del calcio como nifedipina o el diltiacem, que disminuyen el peristaltismo con ondas de gran amplitud; esto ha sido contradictorio en ocasiones. RICHTER refiere que disminuye un 32% la presión en enfermos con peristaltismo esofágico sintomático, en su tercio inferior del esó-

fago, pero sin mejorar el dolor.

También el uso de sedantes y ansiolíticos puede colaborar en el tratamiento, así como el explicar al enfermo que no está ante una enfermedad coronaria nos puede ayudar a mejorar la tolerancia del paciente a su sintomatología y el pronóstico es mejor en este caso.

La dilatación instrumental con bujía, dilatadores metálicos o balones se usan en el espasmo difuso del esófago inferior al desgarrar las fibras musculares del esfínter esofágico inferior y disminuir la presión basal; sin embargo, VANTRAP-



PEN observa que su utilidad en el tratamiento del espasmo difuso esofágico inferior es reducida.

Finalmente, el tratamiento quirúrgico como última alternativa al tratamiento del dolor que no mejora, recomendando la miotomía esofágica

extramucosa desde el esófago inferior hasta el cayado aórtico y completando la intervención con una técnica antirreflujo. ◀

J. M.^a Garijo Forcada.

Bibliografía

1. CHELL, R.: «Dolor precordial de origen esofágico: Un problema no resuelto». *Rev. Esp. Enf. Digest.*, 83: 181-182, 1993.
2. MC CALLUM, R. W.: «El espectro de los trastornos de la motilidad esofágica». *Hospital Practice* (ed. Esp.), 3: 43-54, 1988.
3. TRAUBE, M.; ALBIBI, R.; MC CALLUM, R. W.: «High amplitude peristaltic esophageal contraction». *Associated with chest pain: Jama*, 250, 2.655, 1982.
4. SCOTT, A.; MIHAILIDOSE, A.; SMITH, R.; KELLOW, J.; JONES, M.; LORANG, C.; HUNYOR, S.; LORANF, M.; HOSCHL, R., y TENNANT, C.: «Alteraciones gastrointestinales funcionales en pacientes no seleccionados con dolor torácico de origen no cardíaco». *Scand. J. Gastroenterology*, 6: 489-495, 1993.
5. HERMANDRICH, J.; KOSK, K.; KURTZ, G., y MC GARRITT, K.: «Angina pectoris with normal coronary». *Anatomy. Circulation*, 70, 411, 1984.
6. DE CAESTEKER, S. J.; BACKELL, J. N.; BROWN, J., y HEADING, R. C.: «The oesophagus as cause of recurrent chest pain: Wich patients should be investigated and wich tests should be used?». *Lancet*, 2: 1.143-1.146, 1985.
7. BRAND, D. L.; MARTIN, D., y POPE, C. E.: «Esophageal manometries in patients with anginalike chest pain». *Dig. Dis. Sci.*, 22: 300-304, 1977.
8. JANSSENS, J., y VANTRAPPEN, G.: «Les douleurs thoraciques d'origine oesophagienne». *Progres en hépatogastroentérologie 2*. J. P. Galmiche y Colin R. Doin éditeurs, París, 1987.
9. BOVERO, E.; DE FACO, F.; POLETTI, M., y TONE, F.: «Nuevos test de provocación en el diagnóstico del dolor precordial esofágico». *Rev. esp. Enf. Dig.*, 89: 183-186, 1993.
10. JANSSENS, J.; VANTRAPPEN, G., y GHILLEBERT, G.: «24-hour recording of esophageal pressure and pH in patients with non cardiac chest pain». *Gastroenterology*, 90: 1978-84, 1986.
11. CASTELL, D. O.: «Diagnosis of non cardiac chest pain in older patients». *Geriatrics*, 40: 61-86, 1985.
12. TOMAS-RIDOCCHI, M.; MORA, F.; MORENO, E.; MINGUEZ, M.; AÑÓN, R.; IBORD, D., y BENAGES, A.: «Dolor torácico de origen esofágico». *Patología motora digestiva*. Edit. Esfarm, 1992.