

## INFORMACIÓN AL PACIENTE

Sección coordinada por:  
V. F. Moreira y A. López San Román  
Servicio de Gastroenterología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

### Dolor torácico de origen esofágico

#### ¿QUÉ ES?

El dolor torácico o dolor de pecho es un síntoma que alarma a quien lo padece, porque puede deberse a una enfermedad cardíaca grave como es la obstrucción de las arterias coronarias que aportan sangre al corazón. Por este motivo los pacientes que presentan dolor torácico deben ser valorados siempre por un cardiólogo que determine, con el estudio apropiado, si existe o no enfermedad cardíaca.

El dolor torácico recurrente sin relación con enfermedad coronaria se denomina dolor torácico no cardíaco (DTNC) y es un síntoma muy frecuente que presentan del 12 al 25% de la población. El pronóstico de estos pacientes es muy favorable tras un seguimiento prolongado. Sin embargo el DTNC persiste en el tiempo en el 60-75% de los casos y conlleva numerosas visitas médicas, consultas a servicios de urgencia e ingresos en el hospital; por eso es necesario realizar un estudio inicial completo que investigue la causa de este dolor cuyo origen más frecuente suele estar en el esófago (50-60%), en los músculos, huesos y estructuras similares esquelético (25-28%) o en un motivo psicológico (5-15%).

Vamos a referirnos en adelante al dolor torácico de origen esofágico (DTE) que representa más de la mitad de los pacientes con DTNC.

#### ¿POR QUÉ SE PRODUCE?

El DTE puede deberse a reflujo del contenido ácido del estómago hacia el esófago (enfermedad por reflujo gastroesofágico), a trastornos de la capacidad del músculo del esófago para contraerse y relajarse coordinadamente (trastornos motores esofágicos) o a la percepción aumentada de las sensaciones que provienen del esófago (hipersensibilidad visceral).

#### ¿QUÉ SÍNTOMAS OCASIONA?

El DTE se manifiesta como opresión o quemazón en la parte anterior del tórax que puede extenderse hacia la mandíbula, el brazo o la espalda y tener una duración e intensidad variables. El DTE puede aparecer si se come rápido y masticando mal o con bebidas gaseosas, frías o calientes; puede presentarse tras acostarse llegando a despertar de noche. Rara vez se produce con el ejercicio. Mejora con nitroglicerina sublingual como el dolor de origen cardíaco, pero también con antiácidos. En ocasiones se acompaña de ardor detrás del esternón, dolor o dificultad para tragar los alimentos o retorno de la comida a la boca.

#### ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El estudio del DTE comienza con la valoración del esófago mediante un esofagograma (serie de radiografías que requieren beber un contraste de bario) o más frecuentemente mediante una endoscopia (tubo flexible que introducido a través de la boca permite ver directamente el interior del esófago) que demuestra lesiones producidas por el reflujo de ácido en el 15% de los casos y comprueba si existen otras alteraciones asociadas (hernia de hiato, úlcera de estómago o de duodeno...).

Por la elevada eficacia de los fármacos inhibidores de la producción de ácido, se aconseja realizar un tratamiento de prueba con ellos antes de practicar otras exploraciones y si hay una respuesta satisfactoria es suficiente para el diagnóstico de DTE.

Si es preciso, a continuación se realiza la exploración más útil para el diagnóstico que es la pHmetría ambulatoria de 24 horas (registro de la presencia de ácido en el esófago introduciendo por la nariz una fina sonda con electrodos. Las mediciones se graban en un dispositivo portátil durante un día de vida normal). Con esta exploración se demuestra reflujo patológico de ácido en cerca del 60% de los pacientes con DTE.

Si no se alcanza el diagnóstico, la siguiente exploración a realizar es la manometría esofágica estacionaria (registro de los cambios de presión dentro del esófago introduciendo por la nariz una fina sonda con transductores). Con esta exploración se demuestra trastorno motor esofágico en el 15-30% de los casos.

En situaciones muy especiales se realizan pruebas de provocación como la infusión de ácido en el esófago que mide la sensibilidad al ácido y es positiva en el 15% de los pacientes, la administración intravenosa de edrofonio que estimula las contracciones del esófago y reproduce DTE en el 25% de los casos, o la distensión del esófago con balón que provoca DTE en el 60% de los casos.

#### ¿QUÉ TRATAMIENTOS PUEDEN UTILIZARSE?

Para el DTE relacionado con la enfermedad por reflujo gastroesofágico se aconsejan algunas medidas generales: no acostarse hasta tres horas después de haber comido, no fumar, mantener el peso adecuado, evitar alcohol, grasas o chocolate y en algunos casos puede ser conveniente elevar la cabecera de la cama. Los medicamentos fundamentales para el tratamiento son los inhibidores de la producción de ácido (omeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol y esomeprazol) que utilizados a dosis mayores de lo habitual y durante un tiempo prolongado (mínimo 2-3 meses) controlan el DTE en el 70-96% de los casos. Como dijimos, por esta elevada eficacia se aconseja realizar un tratamiento de prueba con estos fármacos antes de practicar otras exploraciones y si hay una respuesta satisfactoria es suficiente para el diagnóstico de DTE. En casos de DTE de difícil control puede considerarse tratamiento quirúrgico antirreflujo por vía laparoscópica que es eficaz en el 85-96% de los casos.

Para el DTE relacionado con trastornos motores esofágicos pueden utilizarse medicamentos como dinitrato de isosorbida, nifedipino o diltiazem, con eficacia limitada y efectos secundarios frecuentes (dolor de cabeza e hipotensión). Nuevos medicamentos se encuentran en fase de investigación (gliceril trinitrato, L-arginina o sildenafil). Existen opciones de tratamiento no farmacológico para algunos trastornos motores específicos como la inyección endoscópica de toxina botulínica, la dilatación forzada del esfínter esofágico inferior mediante endoscopia o la sección quirúrgica del músculo esofágico (esofagomiotomía).

Para el DTE atribuible a hipersensibilidad visceral esofágica los fármacos más útiles son los antidepresivos a dosis bajas (amitriptilina, nortriptilina, imipramina, trazodona o sertralina), que mejoran a más del 50% de los pacientes tratados. Los casos que no mejoran o que asocian síntomas marcados de ansiedad podrían beneficiarse de tratamiento psicológico especializado.

#### PUNTOS PRINCIPALES

El DTNC es muy frecuente, de buen pronóstico y en más de la mitad de los casos es de causa esofágica.

El DTE puede deberse a enfermedad por reflujo gastroesofágico, trastorno motor esofágico o hipersensibilidad visceral.

El diagnóstico del DTE se alcanza con un estudio escalonado que incluye tratamiento de prueba con omeprazol, endoscopia, pHmetría de 24 horas, manometría esofágica y tests de provocación.

Algunas medidas dietéticas, cambios en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico adecuado ofrecen mejoría sostenida a la mayoría de los pacientes.

J. L. Larraona y M. Castro

Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Digestivas.  
Hospital Universitario de Valme. Sevilla