

El origen del dolor torácico, ¿es siempre cardíaco?

Introducción

De forma involuntaria se suele asociar de inmediato al dolor torácico con un origen cardíaco y sí, es imprescindible descartar que esta sea su causa, ya que, podría estar asociado con complicaciones fatales. Sin embargo, se debe recalcar que este dolor también puede tener un origen no cardiogénico como, musculo esquelético, pulmonar e incluso referente al aparato digestivo, siendo el esófago el que podría ser el causante principal de este malestar. Por lo que, es importante añadir a la lista el concepto de *dolor torácico de origen esofágico*.

Igualmente es útil mencionar que tanto el de origen cardíaco como el de origen esofágico pueden presentarse con un cuadro clínico idéntico o incluso pueden coexistir. Pero ¿por qué sucede esto? Si bien podemos percibir la aproximación entre estos órganos es relativamente mínima, así que, comparten inervación sensitiva. De igual forma, se ha establecido que la acidez del esófago podría generar un cambio sobre el flujo coronario (Richter, 2009); razones por las cuales la semiología muchas veces no basta para distinguirlos y requiere de un especialista para descartar la causa.

Dolor torácico de origen esofágico

Las causas de un dolor torácico de origen no cardiogénico (DTNC), son múltiples; en particular, las de origen esofágico suelen tener un pronóstico favorable. En la mayor parte de las evaluaciones publicadas, no se ha encontrado un género predominante para presentar los síntomas. Sin embargo, en México sí existe una prevalencia mayor para el DTNC en las mujeres, según los resultados del estudio epidemiológico SIGAME I, en 2015 (Troche, 2018).

El responsable del dolor suelen ser las enfermedades esofágicas hasta en un 80.5% de los casos. Dentro de las principales causantes, se encuentran, enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), trastornos motores esofágicos e hipersensibilidad, esta última podría estar presente en pacientes con o sin ERGE (Gómez Cifuentes, et al, 2018). A la lista se añade también el dolor torácico funcional.

Según los criterios de Roma IV, el dolor torácico de origen esofágico es descrito de

forma típica como un dolor retroesternal con una sensación de “pesadez”, este puede irradiarse hacia la línea media de la espalda. Incluso los pacientes pueden referir una irradiación hacia la mandíbula o al brazo izquierdo (Kellow, 2016). La ilustración 1 pretende asociar con colores las causas probables según su localización de manera muy gráfica.

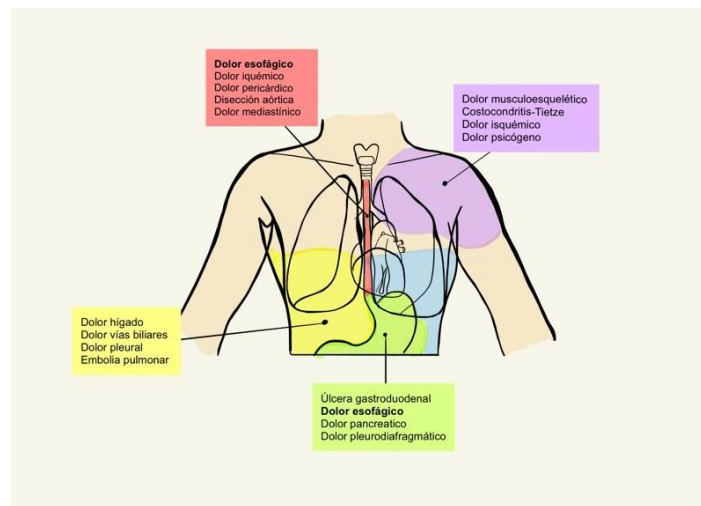


Ilustración 1: La imagen pretende asociar posible origen respecto a la localización

Según los criterios de Roma IV, el dolor torácico de origen esofágico es descrito de forma típica como un dolor retroesternal con una sensación de “pesadez”, este puede irradiarse hacia la línea media de la espalda. Incluso los pacientes pueden referir una irradiación hacia la mandíbula o al brazo izquierdo (Kellow, 2016). La ilustración 1 pretende asociar con colores las causas probables según su localización de manera muy gráfica.

En un artículo publicado en 2018 por Gómez Cifuentes, López, y Thota, se realizó un estudio selectivo en seguimiento a 177 pacientes, 119 mujeres, donde ya se había descartado un dolor torácico de origen cardíaco; dentro de los resultados de relevancia, se arrojó un 35% con ERGE, 31% con trastornos esofágicos motores y 33% con dolor torácico funcional. Así mismo, los trastornos motores con mayor prevalencia fueron motilidad esofágica inefectiva (14.1%), desórdenes hipertensivos (12%), acalasia y obstrucción de flujo de salida UGE (4%) (Gómez-Cifuentes, et al., 2018).

En la gran mayoría de publicaciones con sus respectivas variantes por región y grupo de edad seleccionado, la enfermedad que prevalece en primer lugar como causante de DTNC,

es la enfermedad por reflujo gastroesofágico, reportando porcentajes desde un 30% hasta un 60% de los casos. Esta es la razón por la que es la segunda entidad para buscar en el paciente. En cuanto a nuestro país, igualmente fue el trastorno con mayor frecuencia con un 12.1% con predisposición al sexo masculino, edad avanzada y un nivel socio económico medio alto, según los datos publicados en 2015 por SIGAME (Troche, 2018).

Diagnóstico

Al llegar un paciente con dolor torácico al servicio de urgencias, lo primero que se debe hacer es una correcta y pronta anamnesis, y una evaluación física. Dentro de esta se debe hacer énfasis en la descripción del dolor (tipo, localización, irradiación, tiempo), con la finalidad de que el médico comience a asociar y descartar patologías. Sin embargo, resulta indispensable una evaluación cardiológica para descartar que éste sea el origen y comenzar a hacer las pruebas y estudios complementarios pertinentes en el paciente.

La American Gastroenterological Association fue la responsable de publicar las primeras guías sobre el manejo del dolor torácico de origen esofágico en 1990, donde recomendó la realización de endoscopia como primer estudio tras descartar origen coronario, enunciado en el que se encuentran algunas discrepancias (Coss-Adame, et al., 2015). La razón por la que se cuestiona es porque se ha realizado el paso tras una prueba con IBPs negativa, hallando resultados negativos igualmente en la endoscopia. Por lo tanto, se ha sugerido una pH-metría de 24 horas y/o una manometría. La endoscopia podría ser útil si además existen datos más alarmantes como disfagia, pérdida de peso involuntaria, anemia, etc. García, D., González, M., Galindo G, et al. Indican en su publicación que solo 10% de los pacientes referidos mostraron un estudio endoscópico relevante, como esofagitis erosiva (García, et al., 2000).

A. Prueba terapéutica con Inhibidores de la bomba de protones (IBPs)

Tras reconocer estadísticamente la frecuencia con la que el DTNC se debe a ERGE donde también puede ser común que los pacientes se presenten con los síntomas típicos de esta, como lo son: pirosis y/o regurgitación; la prueba con IBPs se ha posicionado en un primer lugar, debido a su bajo costo y fácil acceso. Esta consiste en administrar dosis altas de estos medicamentos (omeprazol, lanzoprazol, rabeprazol, etc.), aunque en el período de tiempo encontramos distintas recomendaciones que usaron en estudios; originalmente se diseñó

para 7 días, pero han evaluado su respuesta en 2 semanas y hasta en 28 días; en relación con la frecuencia de los síntomas. La prueba se considera positiva cuando la mejoría de los síntomas equivale a un 50%. No obstante, sus porcentajes de especificidad y sensibilidad igual se contradicen según el estudio. Según Lyon Consensus, tiene una sensibilidad del 71% y una especificidad de solo 44% en ERGE (Gyawal, et al., 2018). Mientras que un metaanálisis más reciente, sugiere una sensibilidad de 78% y una especificidad de 54%, las cuales no tiene una diferencia tan marcada (Gómez-Escudero, et al., 2019).

B. Endoscopia, pH-metría y manometría esofágica

Si la prueba con IBP resulta negativa o hay datos de alarma presente, se deberá evaluar el realizar una endoscopia con biopsia con la finalidad de evaluar la mucosa y establecer un diagnóstico diferencial en el caso de esofagitis eosinofílica, infecciones y un Esófago de Barret, por mencionar algunos (Troche, 2018). Aquí cabe puntualizar que el diagnóstico de ERGE en pacientes con la prueba de IBP negativa, se confirmará con el estándar de oro que es la pH-metría. Al igual para identificar el trastorno motor, el mejor método diagnóstico será la manometría (Durazzo, et al., 2020).

De igual forma, se debe tener en cuenta las comorbilidades propias del paciente, dentro de las que destacan la ansiedad y depresión, para establecer un mejor diagnóstico.

Dolor torácico funcional

Otro mecanismo de relevancia por el cual puede aparecer este malestar es el *dolor torácico funcional*, uno de los cinco desordenes funcionales del esófago. Al igual que las otras causas puede cursar como un dolor torácico característico de una porisquemia cardíaca (Fass, Shibili, y Tawil, 2019). Y según los criterios de Roma IV, solo se podrá establecer su diagnóstico en caso de que existan los siguientes criterios: molestia o dolor retroesternal; ausencia de síntomas directamente relacionados con el esófago como, pirosis y disfagia; no existe evidencia de reflujo gastroesofágico o esofagitis eosinofílica es la causa del síntoma, y ausencia de trastornos esofágicos mayores (acalasia, obstrucción de flujo de salida UGE, espasmo distal, contractibilidad ausente y esófago Jackhammer). Para establecer el diagnóstico deberán descartarse otras causas, y cumplir con los dichos

criterios durante los últimos tres meses con un inicio de los síntomas al menos 6 meses antes y con una recurrencia de una vez a la semana (Gómez-Cifuentes, 2018).

Conclusión

El dolor torácico corresponde a uno de los motivos más frecuentes de visita al departamento de urgencias y representa un reto en el diagnóstico para los médicos responsables debido a que puede ser de origen cardíaco o no, por lo tanto, requiere un abordaje multidisciplinario. Dentro de la sospecha clínica se deberá también considerar comorbilidades que los pacientes presenten porque existe una alta prevalencia en dolor torácico en adolescentes y este suele estar asociado con ataques de pánico o ansiedad.

En el artículo *Proton-pump inhibitor use and the development of new ischemic heart disease in non-cardiac chest pain patients*, tras analizar su uso como principales medicamentos prescritos para el DTNC, se menciona el riesgo que pueden conllevar los IBP a largo plazo con un aumento de probabilidades en desarrollar cardiopatía isquémica, por lo que valdría la pena profundizar en el tema (Yaesong, Ganocy y Fass, 2020). En conclusión, se debe puntualizar que en todos los pacientes se requiere descartar un origen cardiogénico del dolor y abordar al paciente según sus demás síntomas y comorbilidades, esto con base a un algoritmo como el de Roma IV y/o otros modificados por distintas bibliografías o bien, al ojo clínico y experiencia del médico.

Referencias

1. Coss-Adame, E., & Rao, S. S. (2015). A Review of Esophageal Chest Pain. *Gastroenterology & hepatology*, 11(11), 759–766 pp.
2. Durazzo, M., Lupi, G., Cicerchia, F., Ferro, A., Barutta, F., Beccuti, G., Gruden, G., & Pellicano, R. (2020). Extra-Esophageal Presentation of Gastroesophageal Reflux Disease: 2020 Update. *Journal of clinical medicine*, 9(8), 2559. <https://doi.org/10.3390/jcm9082559>
3. Fass, R., Shibli, F., & Tawil, J. (2019). Diagnosis and Management of Functional Chest Pain in the Rome IV Era. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 25(4), 487–498. <https://doi.org/10.5056/jnm19146>

4. García-Compeán, D., González, M. V., Galindo, G., Mar, D. A., Treviño, J. L., Martínez, R., Bosques, F., & Maldonado, H. (2000). Prevalence of gastroesophageal reflux disease in patients with extraesophageal symptoms referred from otolaryngology, allergy, and cardiology practices: a prospective study. *Digestive diseases (Basel, Switzerland)*, 18(3), 178–182. <https://doi.org/10.1159/000051392>
5. Gómez-Escudero, O., E. Coss-Adame, M. Amieva-Balmori, R. I. Carmona-Sánchez, J. M. Remes-Troche, A. T. Abreu y Abreu, E. Cerda-Contreras, et al. «Consenso mexicano sobre dolor torácico no cardíaco». *Revista de Gastroenterología de México* 84, n.o 3 (2019): 372-97. <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.05.002>.
6. Gomez Cifuentes, J., Lopez, R., & Thota, P. N. (2018). Factors predictive of gastroesophageal reflux disease and esophageal motility disorders in patients with non-cardiac chest pain. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 53(6), 643–649. <https://doi.org/10.1080/00365521.2018.1452975>
7. Gyawali, C. P., Kahrilas, P. J., Savarino, E., Zerbib, F., Mion, F., Smout, A. J. P. M., Vaezi, M., Sifrim, D., Fox, M. R., Vela, M. F., Tutuian, R., Tack, J., Bredenoord, A. J., Pandolfino, J., & Roman, S. (2018). Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*, 67(7), 1351–1362. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2017-314722>
8. Richter, J. (2009). Advances in GERD: Current Developments in the Management of Acid-Related GI Disorders. *Gastroenterology & hepatology*, 5(6), 395–396.
9. Troche, J. M. (2018). Síntomas gastrointestinales en México: Una encuesta clínica sobre los trastornos funcionales digestivos SIGAME 2. ASECOM: Ciudad de México
10. Kellow, J.; Drossman, D. and Rome foundation. (2016). Rome IV Diagnostic Algorithms for Common GI Symptoms. Rome Foundation educational product. Second edition
11. Yesong, K., Ganocy, S. & R. Fass. (2020). Proton-pump inhibitor use and the development of new ischemic heart disease in non-cardiac chest pain patients. *Neurogastroenterology & Motility*. 2020;32:e13844. <https://doi.org/10.1111/nmo.13>

Sobre el autor:

Samantha Beatriz Monterrosas Sánchez estudiante de la licenciatura en Médico Cirujano en la Universidad de las Américas Puebla. Actualmente Médico Pasante del Servicio Social. Contacto: samantha.monterrosasz@udlap.mx