

DOLOR TORÁCICO POR HERNIA DE HIATO

F. J. Ochoa Gómez, A. García Vega, I. Ruiz Azpiazu, J. M. Carpintero Escudero

Urgencias y Cuidados Intensivos. Hospital San Millán. Logroño

Thoracic pain due to hiatal hernia

Introducción

Con frecuencia, el dolor de origen esofágico simula el dolor torácico por isquemia miocárdica; de hecho, se le considera una causa común de dolor torácico de origen no cardíaco¹. Además, no siempre se acompaña de otros síntomas sugestivos de patología esofágica, como disfagia o reflujo. Por último, los factores que lo desencadenan y su posible alivio con nitroglicerina son comunes con el dolor coronario.

Se presenta un caso de dolor torácico intenso, acompañado de signos que sugerían su origen cardiovascular, producido por una hernia de hiato esofágico.

Caso clínico

Varón de 62 años con antecedentes de úlcus duodenal y hernia de hiato conocidos desde hacía 10 años, actualmente bajo tratamiento con antiácidos. No diabetes, hipertensión, tabaquismo ni hipercolesterolemia.

Acudió a Urgencias por presentar un dolor intenso, localizado en epigastrio e irradiado a área retroesternal, de una hora de evolución y que había comenzado, de forma repentina, mientras el paciente comía. El dolor no se modificaba con la respiración, los movimientos ni la palpación epigástrica.

En la exploración física destacaban palidez cutánea, sudoración fría, tensión arterial 150/100 mmHg y auscultación cardiopulmonar normal. El electrocardiograma (ECG) mostraba alteraciones difusas de la repolarización, sin imágenes de lesión miocárdica concluyentes. La analítica de urgencia (urea, glucemia, creatinina, sodio, potasio, hemoglobina, recuento y fórmula leucocitaria, plaquetas, estudio de coagula-

ción, GOT, GPT, CPK y LDH) fue rigurosamente normal. Se inició tratamiento con oxígeno, morfina y nitroglicerina, obteniendo escasa mejoría de la sintomatología.

Ante la persistencia de dolor torácico intenso, sudoración profusa, intranquilidad y cifras de tensión arterial superiores a 160/100 mmHg, con ECG no concluyente, se solicitó TAC torácico urgente para excluir disección de aorta. La TAC (Figura 1) mostró una aorta torácica normal y una hernia de hiato esofágico «gigante» con efecto compresivo sobre el corazón. Tras conseguir el vaciamiento gástrico, mediante sonda nasogástrica, el paciente, prácticamente asintomático, ingresó en observación, siendo dado de alta 48 horas después. No se registraron cambios evolutivos en el ECG ni elevación de enzimas miocárdicos. El paciente rehusó completar el estudio que se le propuso.

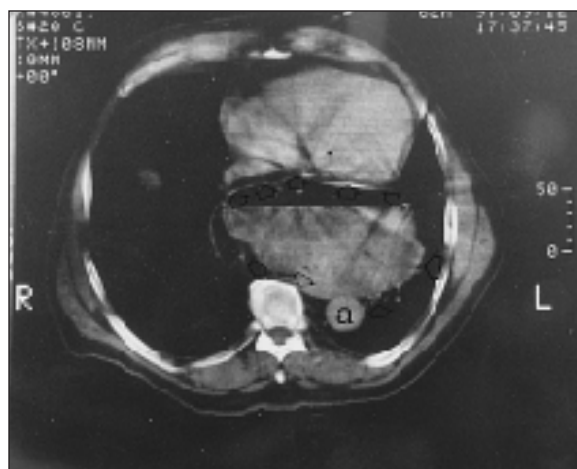


Figura 1. Imagen de la TAC de tórax que muestra una hernia de hiato gigante (puntas de flecha), con efecto compresivo sobre el corazón (1). La aorta (a) tiene un calibre normal.

Correspondencia: F. J. Ochoa Gómez. C/ Guillén de Brocar 1, 4.ºD. 26005 Logroño (La Rioja).

Discusión

Las enfermedades del esófago son responsables de un gran número de casos de dolor torácico de origen no cardíaco^{1,2}. Sin embargo, con frecuencia coexisten en el paciente pero no son el origen de su dolor torácico^{2,3}. El diagnóstico de origen esofágico del dolor torácico exige un proceso complejo que obliga a excluir cardiopatía coronaria (incluso mediante estudio angiográfico) y a practicar numerosos estudios específicos⁴. Ni siquiera un dolor atípico en un paciente joven sin factores de origen coronario permite descartar, de entrada, el origen cardiovascular del dolor. Por supuesto, en todos los pacientes que acuden a urgencias con dolor torácico, debe excluirse expresamente la existencia de un infarto.

Entre los test diagnósticos que se emplean para esclarecer el origen esofágico del dolor torácico están: la prueba de provocación de Bernstein, del edrofonio y la distensión del esófago con balón; todas ellas tienen bajas sensibilidad y especificidad³. Para mejorarlas se propone, entre otras, la estimulación eléctrica endoesofágica⁵. Desde el punto de vista clínico, en pacientes con coronarias normales, la irradiación del dolor a la espalda es altamente predictiva de origen esofágico⁶.

Nuestro caso, que inicialmente aparentaba un origen coronario o por disección aórtica, pudo atribuirse a la hernia de hiato del paciente gracias a la imagen TAC y a la ausencia de cambios secuenciales en el ECG y enzimas. Ilustra la forma de abordar al paciente con dolor torácico (excluir activamente infarto, ingreso para observación si es oportuno, etc.) y la necesidad de recordar al esófago como origen de dolor torácico, incluso en los casos con apariencia de origen cardiovascular.

Bibliografía

1. Burney RE. Urgencias esofágicas. En: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL. Medicina de Urgencias. American College of Emergency Physicians. México: McGraw-Hill Interamericana, 1997: 547-555.
2. Richter JE. Angina-like Chest Pain. Heart, Esophagus, or Something Else? *Chest* 1996; 109: 1139-1140.
3. Cheli R. Dolor precordial de origen esofágico: un problema no resuelto. *Rev Esp Enf Digest* 1993; 83: 181-182.
4. Kaul S, Abbott RD. Evaluation of Chest Pain in the Emergency Department. *Ann Int Med* 1994; 121: 976-977.
5. Bovero E, De Iaco F, Poletti M, Torre F. Nuevos test de provocación en el diagnóstico del dolor precordial esofágico. *Rev Esp Enf Digest* 1993; 83: 183-186.
6. Schfield PM, Whorwell PJ, Jones PhE, Brooks NH, Bennett DH. Differentiation of «Esophageal» and «Cardiac» Chest Pain. *Am J Cardiol* 1988; 62: 315-316.