



Dolor Torácico Secundario a Dolor Abdominal

Autor: Dr. Adalberto Corral Medina. Jefe del Servicio de Endoscopia. Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México.

Existen muchas entidades extra-torácicas que causan dolor torácico, como los padecimientos musculoesqueléticos de columna cervical y las enfermedades abdominales. Así, las lesiones de la columna vertebral que abarcan raíces de C5 a T1, como hernias discales, pueden provocar dolor sobre la parte superior y anterior del tórax susceptible de agravarse con los movimientos. Para tratar estos casos es esencial hacer una historia clínica completa y una buena exploración, y de ser necesario apoyarse en estudios electromiográficos y tomográficos e, incluso, usar la resonancia magnética nuclear de columna cervical. El tratamiento variará de acuerdo a la causa y severidad de la lesión. La terapia con analgésicos antiinflamatorios y relajantes musculares es una opción primaria en el alivio de esta clase de dolor.^{3, 4}

Según los expertos en el estudio del dolor, las enfermedades abdominales ocupan el tercer lugar en frecuencia de presentación. El diagnóstico en esas entidades es difícil tanto por tratarse de un dolor vago visceral como por la irradiación del mismo. Éste se explica debido a que los impulsos somáticos eferentes del sistema nervioso -los cuales acceden a la médula espinal- son los mismos niveles de T1 a T12 y L1. El presente artículo no pretende hacer una revisión completa de todas las etiologías posibles, sino recordar las más frecuentes.

Padecimientos esofágicos. El dolor procedente del esófago posterior por lesiones del mismo irradia a la región media subesternal, a la base del cuello, a los laterales del tórax y a los brazos, mientras que el dolor proveniente del esófago inferior (esofagitis) se irradia a la región precordial o al epigastrio. El dolor epigástrico es paroxístico, surge al tragar y se proyecta a la espalda a la altura de la lesión.¹⁵ En la hernia hiatal con ➔

Referencias Bibliográficas

1. Fineman SP Long-term post-thoracotomy cancer pain management with interpleural bupivacaine. *Anesth Analg* 68:694-697, 1989.
2. Burch GE, Giles D Cardiac causalgia. *Arch Int. Med* 125:809, 1970.
3. Fam AG, Smythe HA Musculoskeletal chest wall pain. *Can Med Assoc* J133:379-389, 1985.
4. Travel J, Simmons DC Myofascial pain and dysfunction Baltimore 1983. Williams and Wilkins
5. Bonica JJ. Clinical applications of diagnostic and therapeutic nerve blocks Springfield Ill, 1959 Charles C Thomas
6. More DC. Regional blocks Springfield Ill, 1965. Charles C Thomas
7. Saltzberg D, Foley KM. Management of pain in pancreatic cancer. *Surg Clin North Am* 69:629-649, 1989.
8. Matamala AM et al. Percutaneous anterior approach to celiac plexus using. *Br J Anaesth* 62:637-640, 1989.
9. Melzack R, Wall PD. Textbook of pain Edinburgh, 1984. Churchill Livingstone
10. Prithvi Raj. Tratamiento práctico del dolor. 2a edición Mosby year book, España 1993. Pág. 250-261.
11. Loeser JD et al. Bonica's management of pain. Third edition. Lippincott Williams and Wilkins
12. Harrison's principles of internal medicine New York: Mc Graw-Hill 1998: 552-562.
13. Travis WD, Travis LB. Lung cancer. *Cancer* 1995;75:191-202.
14. Murray JF. Textbook of respiratory medicine. 2nd edition. Philadelphia. Saunders, 1993.
15. Ganger DN et al. Intestinal blood flow gastroenterology 1980; 78R.

esofagitis el dolor frecuentemente se difunde a la región subesternal y retroesternal, a la base del cuello y a caras laterales de tórax y brazos, aunado a la presencia de agruras, eructos, piro-sis, regurgitaciones y, en algunas ocasiones, disfagia (espasmos esofágicos). Para este caso se debe solicitar serie esófago-gastroduodenal y endoscopia, entre otros estudios.

Estómago. Cuando se trata de procesos ácido pépticos en pacientes perforados, éstos suelen referir dolor en hombros debido a la acumulación de aire en la parte subdiafragmática. La mayoría de las personas con esta enfermedad expresan previamente dolor ardoroso en epigastrio de tipo posprandial y mediata e inmediata sensación de vacío epigástrico, así como náuseas y vómito. Si existe penetración al páncreas hay dolor en espalda; si se trata de neoplasia, el dolor se origina por invasión esplácnica.

El dolor está asociado a procesos inflamatorios, estados de hiperacidez, irritación mecánica y disfunciones autónomas, síntomas que pueden mejorar con antiácidos, fármacos bloqueadores de H₂, metoclopramida e inhibidores de bomba. Es importante indicar serie esófago-gastroduodenal, endoscopia, tomografía (neoplasias), placas simples de abdomen y telerradiografía de tórax (perforación) para establecer el diagnóstico preciso. Sin embargo, dada la aparente "lejanía anatómica" hemos de poner más atención a los padecimientos que se describen a continuación.

Pancreatitis. Es un dolor intenso y brusco que se irradia a cuadrantes superiores del abdomen y mitad izquierda de la espalda. Pese a que cada paciente puede experimentar diferentes alteraciones, la sintomatología más común consiste en dolor abdominal que puede irradiarse hacia la espalda o tórax, náuseas, vómito, frecuencia del pulso rápida, fiebre, inflamación del cuadrante superior del abdomen, ascitis, disminución de la presión sanguínea e ictericia.

Además del examen físico y la historia médica completa, los procedimientos de diagnóstico para la pancreatitis incluyen: rayos X de abdomen, exámenes de sangre, ecografía (sonografía), colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (su sigla en inglés es ERCP) y tomografía axial computarizada.

Para el mejor diagnóstico de la pancreatitis es fundamental tomar en cuenta los antecedentes de ingesta de alcohol, abundantes grasas, traumatismos, parasitosis y litiasis de vías biliares. De igual forma, resultan de gran ayuda las pruebas de función hepáticas amilasa y lipasas séricas, placas simples de abdomen, telerradiografía de tórax (derrame pleural) y ultrasonido de abdomen (la tomografía axial computada es el más específico, incluso en neoplasias pancreáticas). El dolor que se relaciona con pancreatitis crónica o con carcinoma pancreático suele ser un dolor intenso en epigastrio, agudo y penetrante que se irradia a los cuadrantes superiores del abdomen y a la mitad izquierda de la espalda.^{7,8} Para tratar el dolor en estos casos se han empleado analgésicos opioides, aunque en ocasiones el bloqueo celiaco puede ser definitivo hasta con 80 por ciento de mejoría.^{5,6}

Vesícula biliar. Los estímulos dolorosos que se originan en la vesícula biliar generalmente son bruscos, intensos, localizados en epigastrio o en el cuadrante superior derecho, y se difunden a la región interescapular, escápula derecha y hombro del mismo lado. Puede acompañarse de náuseas y vómito. Responde a la aplicación de agentes espasmolíticos.¹⁵

Cálculos biliares. Al principio la mayoría de los cálculos no producen síntomas, sin embargo, cuando aumentan de tamaño o cuando empiezan a obstruir las vías biliares, pueden aparecer cólicos especialmente después de comer alimentos grasos por las noches. Otros síntomas son dolor abdominal e intermitente, náuseas, vómito, fiebre, escalofríos, ictericia,

intolerancia a los alimentos grasos, flatulencia e indigestión. Entre los factores de riesgo para presentar cálculos biliares están:

- **Obesidad.** Es un importante factor de riesgo para sufrir cálculos en la vesícula biliar, sobre todo en las mujeres.
- **Estrógenos.** El exceso de estrógenos debido al embarazo, la terapia hormonal sustitutiva o las píldoras anticonceptivas parecen incrementar los niveles de colesterol de la bilis y disminuir la movilidad de la vesícula biliar, y ambas cosas pueden causar cálculos.
- **Raza.** Los sajones registran los mayores índices de cálculos en la vesícula biliar en Estados Unidos y parecen tener una predisposición genética a segregar niveles elevados de colesterol en la bilis.
- **Sexo.** Las mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 60 años tienen el doble de probabilidades de desarrollar cálculos en la vesícula que los hombres.
- **Edad.** Las personas mayores de 60 años son más propensas a padecer cálculos en la vesícula que los jóvenes.
- **Diabetes.** Las personas diabéticas generalmente poseen niveles elevados de ácidos grasos (triglicéridos), que pueden aumentar el riesgo de sufrir cálculos en la vesícula biliar.
- **Otras condiciones.** Los cálculos de pigmentos tienden a desarrollarse en las personas que padecen cirrosis, infecciones de las vías biliares y trastornos sanguíneos hereditarios como la anemia de células falciformes.

En algunos casos los cálculos asintomáticos se descubren por casualidad, durante el diagnóstico de otro problema. No obstante, cuando el dolor persiste, diagnosticar los cálculos en la vesícula biliar requiere de una historia clínica completa y un examen físico, además de los siguientes procedimientos: ultrasonido, ecografía (sonografía), colecistografía, química sanguínea, tomografía computarizada y colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP).

Colangitis. Se origina por la obstrucción o el bloqueo en alguna parte del sistema de conductos biliares. El bloqueo puede ser consecuencia de cálculos, un tumor, coágulos de sangre, estrechamiento producido por un procedimiento quirúrgico, inflamación del páncreas o invasión parasitaria. Otras causas incluyen el contraflujo de bacterias provenientes del intestino delgado, una infección sanguínea (bacteriemia) o un procedimiento de diagnóstico como el examen endoscópico. La infección ocasiona presión por acumulación en el sistema de conductos biliares. La sintomatología refiere dolor en el cuarto superior derecho del abdomen, fiebre, escalofríos, ictericia, hipotensión, letargo y disminución del nivel de alerta.

La colangitis se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres. Por lo general aparece después de los 55 años de edad. Las personas con mayor riesgo son las que han padecido previamente cálculos biliares. El dolor que produce la colangitis a menudo se parece al ocasionado por los cálculos biliares. Además del examen físico y la historia médica los procedimientos para diagnosticar la colangitis son los siguientes: recuento de sangre completo (CBC, por sus siglas en inglés), exámenes de la función hepática, cultivos de sangre, colangiografía, colangiografía percutánea transhepática (PTC, por sus siglas en inglés), colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (ERCP) y ecografía (sonografía).

Colecistitis. Se debe a la presencia de cálculos en el conducto cístico que conecta la vesícula biliar con el conducto hepático. Otras causas de la colecistitis son infección bacteriana en el sistema de conductos biliares, tumor del páncreas o del hígado, disminución de la circulación sanguínea a la vesícula biliar y “sedimentos” en la vesícula biliar.

La colecistitis puede producirse de forma repentina o gradual a lo largo de muchos años. ➔

Un típico ataque de colecistitis dura entre dos y tres días. Los síntomas suelen ser: dolor intenso y repentino en la parte superior derecha del abdomen, ataques de dolor recurrentes por varias horas después de las comidas, dolor que a menudo empeora al respirar profundamente y se extiende a la parte inferior del omóplato derecho, náusea, vómito, rigidez de los músculos abdominales del lado derecho y fiebre moderada.

Cirrosis biliar. Es ocasionada por enfermedad o defectos de los conductos biliares. Los síntomas incluyen colestasis. Existen dos tipos de cirrosis biliar:

- **Primaria.** Se caracteriza por inflamación y destrucción de los conductos biliares del hígado.
- **Secundaria.** Es el resultado de una prolongada obstrucción de los conductos biliares, o bien, de su estrechamiento o cierre.

Colangiocarcinoma. Junto con los cálculos en la vesícula, el cáncer es la causa más común de obstrucción de los conductos biliares. La mayoría de los cánceres de conducto biliar provienen de cánceres originados en el pán-

creas. Algunos síntomas son los siguientes: ictericia, dolor abdominal, poco apetito, pérdida de peso y prurito. Frente a un paciente con dolor torácico es necesario descartar patología tanto cardíaca como neumológica e indicar electrocardiograma y placas de tórax con el fin de realizar el correcto diagnóstico etiológico.^{1,2}

Las enfermedades del diafragma provocan casos raros de contracción persistente del diafragma y resultan en dolor torácico. Así mismo, el hipo es una entidad que cuando se presenta en forma constante puede producir dolor torácico. La observación fluoroscópica es elemental para valorar la función diafragmática y para investigar las posibles causas intraabdominales, torácicas o nerviosas implicadas en esta patología. A veces es necesario el bloqueo del nervio frénico del lado afectado para encontrar mejoría del cuadro. Finalmente, es decisivo el estudio integral de estos pacientes y la eliminación de las causas digestivas (hernia hiatal complicada) y las relacionadas con abscesos subdiafragmáticos, abscesos hepáticos, esplenomegalia, tumores en cuello y lesiones en sistema nervioso central para el control adecuado y oportuno de esta patología.¹²

DOLOR

Causas de Dolor Torácico

Dolor de Origen Cardíaco

- Isquemia miocárdica: angina de pecho, enfermedad coronaria, infarto de miocardio, tiroxicosis, anemia grave
- Arritmias: taquiarritmia, bradiarritmia
- Valvulopatías: insuficiencia aórtica, estenosis aórtica, estenosis mitral

Dolor de Origen Vascular

- Aorta: aneurisma disecante
- Arteria pulmonar: tromboembolismo

Dolor de Origen Pleural y pulmonar

- Pleurodinia, neumonía, neumotórax, infarto pulmonar

Dolor de Origen Gastrointestinal

- Hernia hiatal, esofagitis, espasmo esofágico, úlcera péptica, pancreatitis

Dolor de Origen Esquelético

- Costocondrodinia, herniación discal, cervical y torácica, espasmo muscular y fibrositis

Dolor de Otro Origen

- Estados de ansiedad, tumor intratorácico, herpes zoster

La cardiopatía isquémica aguda (infarto del miocardio, angina inestable, angina de reciente aparición) constituye la causa más frecuente y potencialmente fatal de dolor torácico.