

Cartas al editor

DOLOR DE ORIGEN ESOFAGICO

Leímos con interés el artículo publicado por Gutiérrez y cols (1) donde se hace referencia a la técnica de realización de la manometría esofágica, los diferentes criterios diagnósticos manométricos en los trastornos motores primarios del esófago y la incidencia de los mismos.

La manometría es un estudio que incluye la medición de presiones del esfínter esofágico inferior (EEI) y superior (EES), por lo cual el catéter debe ser siempre introducido hasta el estómago y luego con técnica de retiro rápido o lento se registra la presión y relajación del EEI; de esta forma se logra diagnosticar alteraciones del mismo.

Si bien es cierto, la manometría puede detectar anomalías sugestivas de un origen esofágico del dolor torácico, estudios recientes muestran que 20 a 60% de los pacientes con dolor torácico no cardíaco tienen anomalías en los estudios manométricos basales (2); los hallazgos manométricos no comprueban que éstos sean la causa de los síntomas del paciente pues la mayoría están libres de dolor cuando el desorden de la motilidad es identificado. No debe realizarse la afirmación de trastornos motores inducidos, puesto que las pruebas de provocación sólo permiten al médico reproducir el dolor que el paciente espontáneamente presenta y de este modo se incrementa el poder de la prueba sobre la manometría basal, pero anotando que raras veces se asocia dolor con alteración motora (3). Es importante por lo tanto diferenciar las pruebas de provocación que ayudan a identificar al esófago como la causa del dolor torácico y las pruebas que tratan de

Trastorno	Criterios requeridos	Criterio asociado
Acalasia	Aperistalsis del cuerpo esofágico	Incompleta relajación del EEI. Aumento de la presión del EEI (>45) Aumento presión intraesofágica.
Espasmo esofágico difuso	Contracciones simultáneas (>10%) y peristaltismo normal intermitente.	Contraindicaciones repetitivas (>2picos), aumento de duración y amplitud de contradicciones espontáneas. Relajación incompleta del EEI.
Esofago en cascaneeces	Contracciones peristálticas normales con aumento de amplitud distal (>180 mmHG).	Aumento de duración (>6 segundos).
EEI hipertenso	Aumento de presión del EEI (>45 mmHG). Relajación normal.	
Trastornos motores inespecíficos	Alguna combinación de los siguientes criterios: aumento de contracciones no transmitidas (>20%), contracciones de duración prolongada (>6"), triple pico. Contracciones retrógradas, baja amplitud del peristaltismo (>30 mmHg).	

determinar el desorden esofágico específico que lo causa (4). Las pruebas de provocación no permiten determinar la naturaleza de la alteración esofágica como causa del dolor, demostrado claramente por los estudios realizados con monitoreo de pH de 24 horas, balón de distensión o prueba de Edrofonio, pues solamente indican que el paciente tiene un esófago mecano-sensitivo; de igual forma la perfusión de ácido sólo indica que el paciente tiene un esófago sensible al ácido (5-7).

Es actualmente aceptado que cada uno de los trastornos motores primarios tienen criterios manométricos claramente definidos para su diagnóstico (8,9) y son ellos:

Nuestra experiencia difiere de la presentada, ya que a pesar de no contar con el examen diagnóstico que más se aproxima a ser el patrón de oro en el diagnóstico de reflujo gastroesofágico, el monitoreo de pH en 24 horas, la suma de exámenes como la gamagrafía, la manometría y la perfusión de ácido, endoscopia de vías digestivas altas con o sin biopsia de esófago, nos mejoró la sensibilidad y especificidad y se excluyó dicho diagnóstico de las otras causas de dolor torácico no cardíaco.

Luego de realizar un promedio de 168 manometrías en un período de dos años, encontramos que solamente 62 (37%) fueron por dolor, con una incidencia de 51.6% de EED, 19.35% de esfínter esofágico inferior hipertenso, 3.2% esófago en cascanees, 12.9% trastornos motores inespecíficos y 12.9% acalasia.

Jaime Alvarado
Albis Hani
Alberto Rodríguez
Yazmín Dueñas

REFERENCIAS

1. **Gutiérrez O, Ramírez JC.** Dolor torácico de origen esofágico. *Act Med Col.* 1992; **17**: 395-402.
2. **Katz PO, Dalton CB, Richter JE, et al.** Esophageal testing of patients with non-cardiac chest pain and or dysphagia. Results of a three year experience with 1161 patients. *Ann Intern Med* 1987; **106**: 593-597.
3. **Nostrant TT.** Provocation testing in noncardiac chest pain. *Am J Med* 1992; **92** (suppl 5A): 56S-64S.
4. **Vantrappen G.** Critique of the session on Diagnostic Testing. *Am J. Med* 1992; **92** (suppl 5A): 81S-83S.
5. **Janssens J, Vantrappen G, Ghillebert G.** 24-hour recording of esophageal pressure and pH in patients with noncardiac chest pain. *Gastroenterology* 1986; **90**: 1978, 1984.
6. **Vantrappen G, Janssens J.** What is irritable esophagus Another point of view. *Gastroenterology* 1988; **94**: 1092-1094.
7. **Peters L, Maas L, Petty D, et al.** Spontaneous noncardiac chest pain: evaluation by 24 hour ambulatory esophageal motility and pH monitoring. *Gastroenterology* 1988; **94**: 878-886.
8. **Katz PO.** Achalasia. In: Esophageal motility testing. Castell D, Richter J, Dalton C, eds. New York, Elsevier; 1987: 107-117.
9. **Richter J.** A critical review. Distal Esophageal motility. Disorders as a cause of non-cardiac chest pain. *Practical Gastroenterology* 1990; **14**: 23-30.

Drs. Jaime Alvarado B., Albis Hani, Alberto Rodríguez y Yazmín Dueñas: Departamento de Medicina Interna. Unidad de Gastroenterología, Hospital de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana.

RESPUESTA

La carta de J. Alvarado y cols contribuye a definir más específicamente detalles de los trastornos motores esofágicos, los cuales se omitieron voluntariamente pues se consideraron excesivamente especializados para el lector usual de *Acta Médica*, los cuales no deben llamarse trastornos "inducidos", como se menciona en el texto.

A pesar de los avances en el conocimiento de la fisiología miocárdica y esofágica, la interrelación de los dos órganos en la aparición del dolor torácico (DT) continúa siendo aún mal comprendida (1), particularmente la relación entre alteraciones motoras y aparición de síntomas. En efecto, en el reflujo gastroesofágico, la principal causa de DT esofágico, la relación principal con el evento esofágico patológico es sólo modesta (2).

Es claro (3) y ha sido nuestra experiencia, que la prueba de provocación con edrofonio puede inducir alteraciones motoras, que pueden asociarse o no con DT. Aunque no detalladas en la revisión, la diferencia en los diagnósticos realizados se debe probablemente a que la mayoría de los exámenes se practicaron en pacientes remitidos y no estudiados por nosotros. Es posible que algunos de los pacientes mencionados por Alvarado

y cols correspondan a un grupo similar. Adicionalmente desconocemos aún las condiciones técnicas con las que practican los exámenes manométricos de acuerdo con lo publicado en la literatura (4). Finalmente, estamos de acuerdo en que la prueba ideal para el estudio de estos pacientes es la pH-metría esofágica ambulatoria, motivo por el cual ya la estamos realizando.

O. Gutiérrez
J.C. Ramírez

REFERENCIAS

1. **Mittal RK, MC Calumm RW.** Can esophagus be blamed for noncardiac chest pain? Selected summaries. *Gastroenterology* 1992; **103**:1698-1700.
2. **Peters L, Maas L, Petty D, et al.** spontaneous noncardiac chest pain: evaluation by 24 hours ambulatory esophageal motility and pH monitoring. *Gastroenterology* 1988; **94**: 878-886.
3. **Richter JE, Hackshaw BT, Castell R.** Edrophonium: a useful provocative test for esophageal chest pain. *Ann InternMed* 1985; **103**:14-21.
4. **Rodríguez A, Ham A, Alvarado J.** Hallazgos clínicos y manométricos en pacientes con acalasia. *Rev Col Gastroenterol* 1992; **7**: 43-48.

Dr. Oscar Gutiérrez C.: Profesor Asociado, Coordinador Unidad de Reumatología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Hospital San Juan de Dios; Dr. Juan Camilo Ramírez: Departamento de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá y Hospital Santa Clara, Santafé de Bogotá.