

Dolor epigástrico: pensar en xifodinia

Epigastric pain: consider xiphodynia

Mariana Elisa Rella¹, Paula Magalí Calello¹, Ramón Coronil², Juan Ignacio Ramírez¹

Fronteras en Medicina 2025;20(4):271-273. <https://DOI.org/10.31954/RFEM/202504/0271-0273>

Paciente varón de 60 años, que consultó por dolor epigástrico intermitente opresivo sin irradiación de tres años de evolución, mejora con AINE, presenta posición antiálgica. Al interrogatorio dirigido refiere haber perdido 25 kilos con medidas higiénico-dietéticas. Como antecedentes personales es tabaquista severo, presentó hernia hiatal y colon irritable. Al examen físico, se constató aumento de tensión en la región epigástrica, dolorosa a la palpación profunda.

Se realizó laboratorio completo sin particularidades, videoendoscopia que evidenció gastritis, por lo que inició tratamiento con esomeprazol, fue evaluado en unidad de dolor precordial con prueba evocadora de isquemia negativa.

Se realizó tomografía de abdomen y pelvis que evidenció apéndice xifoides con proyección hacia anterior, siendo esta la causa de dolor (**Figuras 1, 2 y 3**). Luego del diagnóstico el paciente no regresó a la consulta.

Una historia clínica y examen físico completo son las principales herramientas con las que cuenta el médico para orientarse frente a las diferentes alternativas diagnósticas. Desde un punto de vista fisiopatológico podemos entender al dolor como de tipo visceral, parietal, referido o neurogénico. Entre las causas de dolor abdominal crónico, se destaca en primer lugar la patología de vísceras abdominales, ocupando el segundo lugar en frecuencia el dolor referido de patología torácica (**Tabla 1**)¹.

La xifodinia se define como un síndrome doloroso originado en la apófisis xifoides y se incluye dentro de los trastornos musculoesqueléticos de la pared torácica anterior¹. Se trata de una entidad poco frecuente, cuya incidencia y prevalencia no han sido establecidas con pre-

cisión, lo que contribuye a su bajo reconocimiento en la práctica clínica. La presentación clínica es variable y puede manifestarse como dolor torácico, abdominal, dorsal o cervical, con posible irradiación a miembros superiores, así como dolor localizado en la región epigástrica, lo que con frecuencia conduce a la sospecha inicial de patologías cardiovasculares, gastrointestinales

Tabla 1. Causas más frecuentes de dolor abdominal crónico.

Causas viscerales abdominales.	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera péptica. • Pancreatitis crónica. • Enfermedad por reflujo gastroesofágico. • Dispepsia. • Colecistopatías. • Síndrome del intestino irritable. • Enfermedad inflamatoria intestinal. • Lesión pancreática postraumática. • Adherencias. • Isquemia mesentérica crónica. • Patología nefro-urológica. • Anemia hemolítica crónica.
Dolor crónico de la pared abdominal (DCPA).	<ul style="list-style-type: none"> • Atrapamiento del nervio cutáneo anterior. • Radiculopatías. • Neuropatía intercostal. • Síndrome miofascial. • Fibromialgia. • Síndrome de costilla deslizando. • Xifodinia. • Hematoma de la vaina del recto anterior. • Hernia umbilical y epigástrica. • Cicatriz dolorosa. • Periostitis púlica.
Dolor referido de patología extraabdominal.	<ul style="list-style-type: none"> • Patología cardíaca. • Patología de la columna vertebral (hernia de disco torácica, lesiones del canal medular; patología muscular espinal o de cuerpos vertebrales). • Patología visceral torácica. • Patología pélvica. • Lesiones cerebrales.
Enfermedades metabólicas y tóxicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Porfiria aguda intermitente. • Insuficiencia renal crónica. • Enfermedad de Addison.
Dolor crónico abdominal de origen psicológico.	—

1. Servicio Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires
2. Diagnóstico por Imágenes, Hospital Británico de Buenos

Correspondencia: Mariana Elisa Rella. mrella@hbritanico.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 08/07/2025 | Aceptado: 5/08/2025

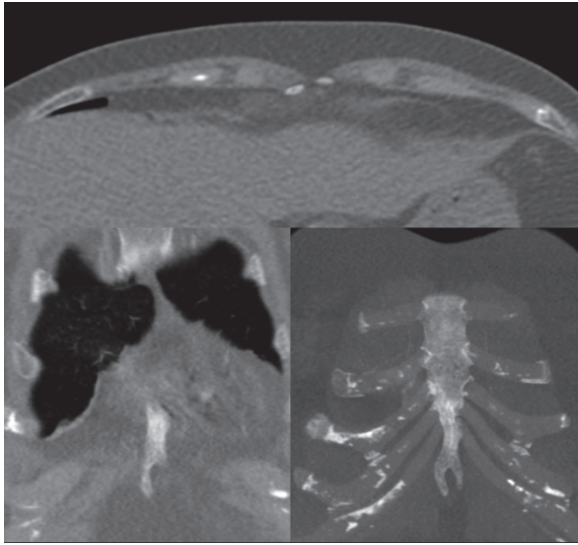


Figura 1. Tomografía de abdomen que evidenció apéndice xifoides bifido.

u otras causas musculoesqueléticas más prevalentes. Al examen físico, el dolor suele reproducirse con la flexión del tronco, los movimientos de carga o la palpación directa de la apófisis xifoides, constituyendo este hallazgo un elemento central para la sospecha diagnóstica².

Desde el punto de vista anatómico, el esternón es un hueso plano situado en la región anterior de la caja torácica y se encuentra constituido por tres segmentos: el manubrio, el cuerpo esternal y la apófisis xifoides¹. Esta última presenta características morfológicas variables a lo largo del desarrollo; en etapas tempranas de la vida es predominantemente cartilaginosa y móvil, y posteriormente experimenta un proceso progresivo de osificación, con tendencia a la fusión parcial o completa con el cuerpo del esternón¹. La región xifoidea se caracteriza además por una rica inervación, aspecto señalado en la literatura como relevante en la génesis y percepción del dolor localizado en esta zona². La angulación ana-

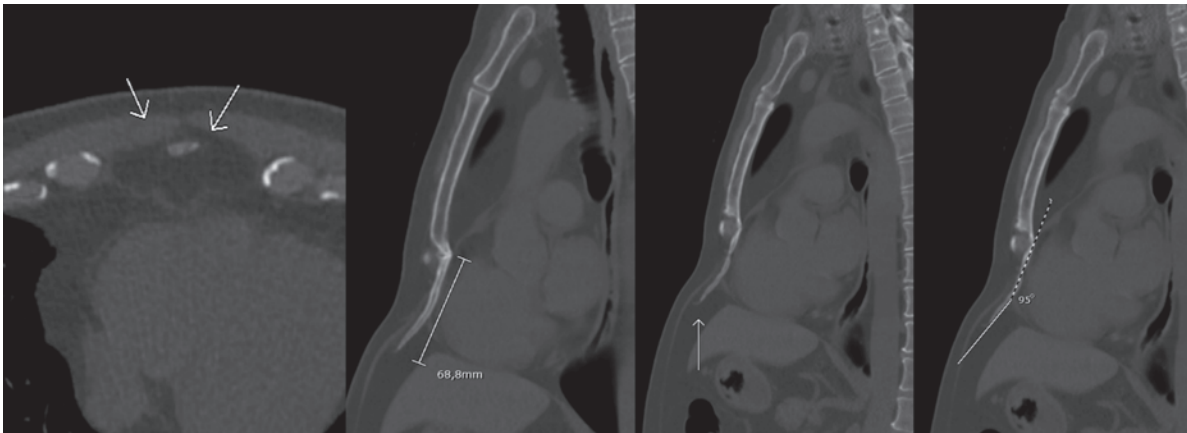


Figura 2. Tomografía de abdomen que evidenció apéndice xifoides hacia anterior.

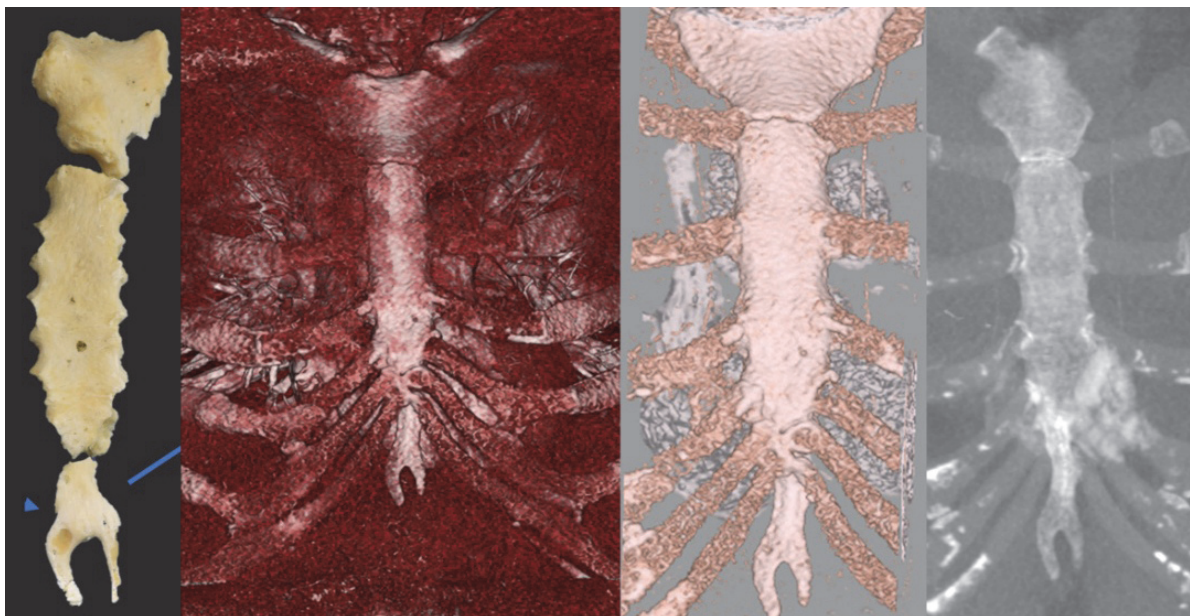


Figura 3. Tomografía de abdomen con reconstrucción 3D.

tómica de la apófisis xifoides con respecto al cuerpo esternal ha sido descripta como variable, sin que exista un valor único o estandarizado aceptado de manera uniforme en la literatura anatómica y clínica².

La base del diagnóstico se sustenta en una historia clínica detallada y en el examen físico, con especial énfasis en la reproducción del dolor mediante la palpación directa de la apófisis xifoides. En este sentido, Maigne y cols. describieron la presencia de dolor localizado en la región xifoidea reproducible a la palpación y señalaron variaciones morfológicas y de orientación del xifoides observadas mediante estudios radiográficos en pacientes sintomáticos³. En concordancia con estos hallazgos, Lipkin y cols. destacaron que el diagnóstico se fundamenta principalmente en la evaluación clínica, particularmente en la reproducción del dolor durante el examen físico más que en alteraciones anatómicas objetivables⁴. De manera similar, Dorn y cols. subrayaron que los hallazgos por imágenes poseen un valor complementario y descriptivo, pero carecen de especificidad diagnóstica aislada y deben interpretarse siempre en el

contexto clínico⁵. En relación con el tratamiento, la bibliografía evidencia falta de consenso. Algunos autores proponen un manejo conservador basado en tratamiento médico con antiinflamatorios no esteroideos y medidas locales, mientras que otros describen la utilización de infiltraciones locales con anestésicos y corticoides. En casos seleccionados y refractarios a las terapias conservadoras, se ha reportado la xifoidectomía como una alternativa terapéutica⁶.

La xifodinia constituye una causa infrecuente y subdiagnosticada de dolor torácico y abdominal, cuyo reconocimiento adecuado requiere un alto índice de sospecha clínica. El diagnóstico se fundamenta principalmente en la reproducción del dolor a la palpación directa de la apófisis xifoides, mientras que los estudios por imágenes cumplen un rol complementario y descriptivo. El abordaje terapéutico continúa siendo motivo de controversia, con opciones que van desde el tratamiento conservador hasta la xifoidectomía en casos seleccionados y refractarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simpson JK, Hawken E. Xiphodynia: a diagnostic conundrum. *Chiropr Osteopathy*. 2007;15:13.
2. Garssen FP, Aalders MB, van der Poel MJ, Zuidema WP. Operative results after xiphoidectomy in patients with xiphodynia. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2021;29:779-3.
3. Maigne JY, Guérin Surville H, Petit A. Pain arising from the xiphoid process. *Spine (Phila Pa 1976)* 1992;17:1027-9.
4. Lipkin M, Fulton LA, Wolfson EA. Xiphoidalgia. *NEJM* 1955;42:115-20.
5. Dorn C, Wilke J, Schroeder D, et al. Xiphodynia: a diagnostic conundrum. *J Thorac Dis* 2018;0:E23-E27.
6. Garssen FP, Aalders MB, van der Poel MJ, Zuidema WP. Operative results after xiphoidectomy in patients with xiphodynia. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2021;29:779-83.