



DOLOR TORÁCICO

Pregunta 1): ¿Qué diferencias existen en el manejo de un paciente que concurre a una consulta programada que refiere padecer dolor torácico intermitente de 6 meses de evolución y el manejo de un paciente con dolor torácico agudo en una guardia?

Respuesta: Las diferencias entre en el manejo de un paciente con dolor torácico intermitente de larga evolución y aquél que concurre a una guardia dependen de la caracterización del síntoma en ambos casos.

Es importante señalar, en primer lugar, que la expresión dolor torácico es vaga e inespecífica ya que existen casi un centenar de causas que pueden provocarlo. Por esta razón, es esencial determinar, sobre la base de un cuidadoso interrogatorio y examen clínico, la conducta a seguir en el “manejo” de un dolor intermitente de 6 meses de evolución y el que motiva una consulta en un servicio de guardia. La conducta a seguir dependerá de la o las causas en cada caso. En conjunto, se reconocen más de 90 causas de dolor torácico que se describen en la pregunta No. 2 (1-3).

Pregunta 2): En una persona que refiere haber tenido dolor torácico. ¿Cuáles serían las posibles etiologías y los posibles diagnósticos diferenciales?

Posibles etiologías

Tanto el dolor torácico intermitente como el dolor agudo pueden responder a múltiples causas. Éstas pueden ser cardíacas y extracardiacas.

Las causas cardíacas pueden corresponder a trastornos de la circulación coronaria agudos y crónicos, de etiología arteriosclerótica (la más común) o de otras etiologías (espasmo coronario, puentes musculares, displasia fibromuscular, enfermedad de Kawasaki, disección coronaria, nacimiento anómalo de las arterias coronarias, etc.). Todas estas alteraciones pueden generar dolor precordial por el mecanismo de isquemia miocárdica.

Otras causas de dolor cardíaco sin alteraciones genuinas de las arterias coronarias pueden ser de carácter isquémico y no isquémico. Como causas isquémicas se mencionan la anemia severa, alteraciones de la disociación de la hemoglobina, taquiarritmias, estenosis aórtica, intoxicación por monóxido de carbono, enfermedad de la microcirculación, etc. Entre las causas cardíacas no isquémicas, se señalan la pericarditis, la miocarditis, la obstrucción dinámica del tracto de salida del ventrículo izquierdo en la miocardiopatía hipertrófica, el aneurisma disecante de la aorta, la hipertensión pulmonar, el prolapso de la válvula mitral, etc.

El dolor torácico extracardiaco puede estar relacionado a problemas de la pared torácica, traumáticos y no traumáticos. Estos últimos son muy frecuentes y la causa de aproximadamente el 50% de las consultas al cardiólogo (síndrome del escaleno anterior, artrosis, neuralgias intercostales, síndrome de Tietze, miositis, calambres de los músculos intercostales, herpes Zoster, etc. Completan la lista los problemas esofágicos y gástricos (espasmo y disfunción esofágica, hernia de hiato, espasmo de cardias, úlcera péptica, etc.), las enfermedades pleuropulmonares y por último, los trastornos psiconeuróticos (ansiedad, síndrome de pánico, simuladores).

Diagnóstico diferencial



El diagnóstico diferencial de las distintas causas de dolor torácico se realiza, en primer lugar, sobre la base de un interrogatorio correcto, un examen físico completo y de ser necesario, en estudios complementarios. Si se sospecha un problema cardíaco, se realizará electrocardiograma y dosaje de enzimas cardíacas. La radiografía de tórax es parte de esta exploración inicial. Si no se llega a un diagnóstico, la ergometría u otros estudios funcionales (perfusión miocárdica y eco stress permiten detectar enfermedad coronaria (isquemia o necrosis miocárdica) en un alto porcentaje. Como último recurso y en los casos dudosos, se debe efectuar una cinecoronariografía, la cual permitirá adoptar un tratamiento correcto en los casos en que se detecte una enfermedad coronaria.

Las causas extracardiácas de dolor deben ser exploradas con estudios orientados a descartar patología mediastinal, gastroesofágica, pleuropulmonar u osteoarticular.

Un estudio efectuado en la Universidad de Amsterdam, en 1875 pacientes que consultaron por dolor torácico encontró que el dolor precordial era psiquiátrico en el 11% de los casos, músculo esquelético en el 45%, gastrointestinal en el 2%, pulmonar en el 3% y **cardíaco en el 22%**; de éstos, el 29% fue infarto agudo de miocardio y el 37% a angina de pecho. El 17% restante correspondió a causas no determinadas (4).

Una causa de dolor precordial cardíaco, ignorada con frecuencia, que se presenta por lo general en menores de 40 años que consultan en los servicios de guardia hospitalarios, es consecuencia del consumo de cocaína, configurando un cuadro típico de síndrome isquémico agudo.

La presencia de la droga puede ser pesquisada en el cabello de los pacientes. El análisis del pelo es un marcador muy sensible del uso de cocaína en semanas o meses previos. Los estudios que utilizan el análisis del pelo muestran que la prevalencia del consumo de cocaína es tres a cinco veces mayor que el estimado por estudios standard y entrevistas con los pacientes (5, 6).

El dolor torácico con localización precordial de la cardiopatía isquémica (angina de pecho o angor pectoris) suele tener una presentación típica que permite hacer el diagnóstico de certeza o sospechar la enfermedad coronaria. Cabe señalar, sin embargo, que en pacientes con enfermedad coronaria, el dolor precordial puede estar ausente en el 20% a 30% de los casos, situación que dificulta su diagnóstico y explica el hecho que un porcentaje significativo de los síndromes coronarios agudos pueden provocar infartos y muerte súbita sin síntomas previos, particularmente en pacientes diabéticos (enfermedad coronaria silente).

Para hacer un diagnóstico diferencial correcto del dolor torácico es necesario conocer las características y el cuadro clínico de las distintas causas. Dado que de los dolores torácicos, uno de los de mayor importancia es el cardíaco por su eventual evolución al infarto de miocardio y sus consecuencias, se hará una breve descripción de sus características. En las formas típicas, el dolor cardíaco aparece con la actividad física o en circunstancias de estrés emocional aunque también puede ocurrir en reposo sin un disparador aparente. El dolor cardíaco se localiza en el centro del pecho en una zona amplia, es intenso, por lo general opresivo, constrictivo o urente y puede irradiarse al hombro y borde cubital del brazo izquierdo o a ambos hombros y brazos, a la espalda, al cuello y o a la mandíbula y raramente a la nuca. Este dolor, de varios minutos de duración en su forma típica, permite sospechar fuertemente una cardiopatía isquémica que



obliga al médico a confirmar o descartar el diagnóstico de enfermedad coronaria especialmente en hombres mayores de 40 años con factores de riesgo y en mujeres posmenopáusicas. El dolor de origen coronario (isquémico) puede estar acompañado de palpitaciones, sensación de falta de aire y gran desasosiego, como así también de síntomas secundarios a la estimulación del sistema nervioso autónomo, tales como palidez, sudoración, frialdad de la piel, náuseas y vómitos.

La duración del dolor torácico precordial es un componente importante del diagnóstico: si dura segundos, muy probablemente no es cardíaco; si dura varios minutos puede ser cardíaco o por trastornos digestivos; si dura horas, puede tratarse de un infarto de miocardio, pericarditis, miocarditis, aneurisma disecante de aorta, trastornos digestivos, problemas osteoarticulares o pleuropulmonares. Si dura días puede corresponder a una pericarditis, trastornos neuromusculares u osteoarticulares o a patología pleuropulmonar.

Pregunta 3): ¿Cuáles son los pasos a seguir para arribar al diagnóstico de la causa de un dolor torácico intermitente en el marco de una consulta programada?

Respuesta: Como ya se comentó, la expresión “dolor torácico intermitente” abarca tantas posibilidades que resulta imposible referirse a los “pasos a seguir” en todas las formas y presentaciones del dolor.

De todos modos, con un interrogatorio y examen físico correctos, es posible llegar a un diagnóstico en la mayoría de los casos. De no ser así, el electrocardiograma, la Rx de tórax y los análisis de laboratorio que incluyan el dosaje de enzimas cardíacas, permiten descartar en la mayoría de los pacientes las causas cardíacas o extracardíacas más importantes.

Si aún así quedaran dudas diagnósticas y se sospechara enfermedad coronaria, aórtica, pericárdica o miocárdica, se realizará ecocardiograma y Doppler cardíaco, ergometría, eco-stress o perfusión miocárdica en reposo y esfuerzo y en ciertos casos, una cinecoronariografía con ventriculograma y aortograma. La cinecoronariografía tiene indicación no sólo como recurso diagnóstico y pronóstico de enfermedad coronaria, sino que es el pilar fundamental de las decisiones para la revascularización miocárdica ya sea quirúrgica o transcutánea. La tomografía computada de cortes múltiples y la resonancia magnética cardíaca con y sin contraste se reserva para situaciones muy específicas.

Pregunta 4): En un paciente de 32 años con antecedentes de dislipemia, tabaquismo, sobrepeso, que refiere en una consulta programada haber padecido en los últimos seis meses dolor torácico, parestesias en ambas manos y respiración suspirosa en forma intermitente ¿qué probabilidad existe de que estuviera cursando en el momento de la consulta un infarto agudo de miocardio?

Respuesta: Para arribar a un diagnóstico es imperativo caracterizar el dolor mediante el interrogatorio para descartar o sospechar la posibilidad de que el paciente “estuviera cursando un infarto de miocardio”. El electrocardiograma y el dosaje de enzimas cardíacas (creatinfosfoquinasa y troponina) permite realizar el diagnóstico si el paciente cursa un infarto agudo.

Las parestesias en ambas manos por sí solas no constituyen un síntoma que induzca a pensar en enfermedad coronaria (se debe explorar patología de la columna cervical y de la musculatura cervical). La “respiración suspirosa” es referida por pacientes ansiosos (con o sin crisis de pánico), en el contexto de trastornos psiconeuróticos.

Si bien el tabaquismo, la dislipemia y el sobrepeso son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad vascular arterioesclerótica con eventuales eventos coronarios, agudos o crónicos, esa



probabilidad es baja a los 32 años en ausencia de otros factores tóxicos. Un estudio que incluyó más de 10.000 pacientes entre 18 y 45 años de edad mostró que el 25% de los infartos agudos de miocardio podían atribuirse al uso de cocaína (7).

Pregunta 5): Si la casuística registra ejemplos de pacientes de las características referidas en el punto 3 que fallecieron por infarto agudo de miocardio que, sin embargo, 12 días antes no presentaban ningún signo ni síntoma que permitieran sospecharlo.

Respuesta: En la bibliografía abundan ejemplos de este tipo y se señala que la mayor parte de los dolores torácicos precordiales interpretados como típicos no corresponden a síndromes coronarios.

Por otra parte, hasta el 5% de los pacientes que finalmente tienen un infarto agudo de miocardio no son identificados en las áreas de emergencias por presentar cuadros atípicos o falta de dolor. En consecuencia, es posible que pacientes sin síntomas previos presenten, como primera manifestación de su dolencia coronaria, un infarto de miocardio y/o muerte súbita. En un registro de casi 500.000 pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, el 33% de ellos no presentó dolor precordial (8).

Por otra parte, a través de observaciones clínicas se ha demostrado que aproximadamente un 70% de los eventos isquémicos en pacientes con angina inestable son silenciosos aún cuando están fuertemente asociados a lesiones coronarias severas (lesiones del tronco de la coronaria izquierda o de los tres vasos coronarios). El análisis de estas observaciones demuestra que la isquemia silente puede preceder al infarto de miocardio o a la muerte (9, 10).

La difusión de las unidades de dolor torácico a nivel mundial demuestra la evidente necesidad de encarar el problema del dolor torácico con la mayor precocidad y eficiencia posibles permitiendo el diagnóstico y tratamiento precoz de los síndromes coronarios agudos.

Bibliografía

1. Branwald E. Examination of the patient. En: Heart disease, a Textbook of Cardiovascular Disease. Fourth edition, Branwald E (ed). W. B. Saunders Company, 1992 pp 1-12.
2. Casabe H, Guevara E. Semiología Cardiovascular en Cardiología. Mautner B (ed): Editorial Mediterránea Ltda. (2ª Edición), Buenos Aires, 2010 pp 39-72.
3. Mautner B. Dolor Precordial. En: Cardiología. Mautner B (ed). Editorial mediterránea Ltda. (2ª Edición), Buenos Aires 2010, pp. 839-842.
4. Lambers H y col. Reason for encounter and episode oriented standard output from the transition project. Amsterdam: Department of General Practice/Family Medicine. University of Amsterdam, 1991. (citado por 3).
5. Lange RA, Hillis LD. Cardiovascular Complications of Cocaine Use. N Engl J Med 2001; 345: 351-358.
6. Kidwell DA y col. Cocaine detection in a university population by hair analysis and skin swab testing. Forensic Sci Int 1997; 84, 75-86.



7. Qureshi AI, Suri MF, Guterman LR, Hopkins LN. Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Circulation* 2001; 103: 502.
8. Canto JG y col. Prevalence, clinical characteristics and mortality among patients with myocardial infarction presented without chest pain. *JAMA* 2000; 283; 3223-29).
9. Gottlieb SO y col. Silent ischemia as a marker for early unfavourable outcomes in patients with unstable angina. *N Engl J Med* 1986; 314; 1214-19.
10. Bonow RO y col. Prognostic implications of symptomatic versus asymptomatic (silent) myocardial ischemia and in asymptomatic patients with angiographically documented coronary artery disease. *Am J Cardiol* 1988; 60: 776-83.