

TEMA 1. DOLOR TORÁCICO

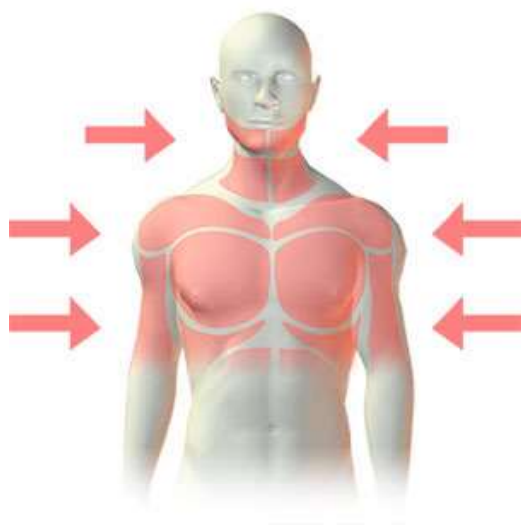
1. INTRODUCCIÓN

- Es una causa frecuente de consulta.
- Es de difícil valoración debido a:
 1. La inervación de muchas vísceras en las que se origina se realiza en un **mismo nivel medular**, lo que hace muy similares los síntomas.
 2. La causa subyacente puede ser relativamente benigna (patología esofágica) o mortal en pocos minutos (Infarto agudo de miocardio).
 3. No existe una buena **correlación** entre la intensidad del dolor y la gravedad de la causa.
 4. **La evidencia de una causa no excluye** la coexistencia de otra.
 5. Los **datos objetivos, como las alteraciones del electrocardiograma**, pueden aparecer y desaparecer con el dolor.

Las pruebas complementarias disponibles inicialmente **no son definitivas**, por lo que su diagnóstico y tratamiento en un primer momento se basa en datos de la anamnesis (en un primer momento se deben excluir causas graves de dolor torácico).

MIR 2002: En la valoración de dolor torácico agudo en el servicio de urgencias, con ECG inicial normal o inespecífico, con frecuencia los médicos practicamos maniobras terapéuticas para establecer o excluir el diagnóstico de isquemia miocárdica. Respecto de estas maniobras, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:

1. El alivio del dolor torácico con antiácidos indica patología gastro-esofágica en varones.
2. El alivio del dolor torácico con antiácidos indica patología gastro-esofágica en mujeres.
3. La ausencia de mejoría del dolor torácico con nitroglicerina excluye la isquemia miocárdica en hombres y mujeres.
4. La decisión diagnóstica no debe estar determinada por la respuesta a una maniobra terapéutica.*
5. La reproducción del dolor con la presión sobre el tórax indica patología osteomuscular y excluye el diagnóstico de angina.

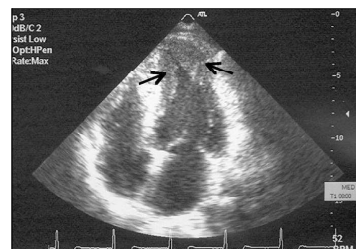


2. CAUSAS

2.1. CARDIOVASCULARES ISQUÉMICAS



- Enfermedad coronaria.
- Miocardiopatía hipertrófica obstructiva.
- Estenosis aórtica.
- Otras: insuficiencia aórtica, hipertensión pulmonar, hipertensión sistémica, anemia e hipoxemia importantes.



Miocardiopatía hipertrófica apical

2.2. CARDIOVASCULARES NO ISQUÉMICAS

- Aneurisma disecante de aorta.
- Pericarditis.
- Miocardiopatías.
- Prolapso de la válvula mitral.



Disecación de aorta

2.3. PLEUROPULMONARES

- Tromboembolismo pulmonar.
- Pleuritis.
- Neumonías.
- Traqueobronquitis.
- Neumotórax.
- Tumores pleurales.
- Alteraciones mediastino: Tumores, inflamaciones.

2.4. DIGESTIVAS

- Enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- Espasmo difuso de esófago.
- Úlcera.
- Cólico biliar.
- Pancreatitis.
- Otras: Rotura de esófago, Mallory-Weiss.



2.5. NEURO-MÚSCULO-ESQUELÉTICAS

- Costocondritis.
- Síndrome de Tietze.
- Cervicoartrosis.
- Radiculopatías.
- Contracciones musculares.
- Fracturas y tumores óseos.
- Fase prevesicular de un herpes zoster.

2.6. EMOCIONALES

- Ansiedad.
- Depresión.
- Síndrome de hiperventilación.



3. DIAGNÓSTICO

3.1. HISTORIA CLÍNICA

A) ANTECEDENTES PERSONALES

- Antecedentes de riesgo para cardiopatía isquémica:** diabetes, hipertensión arterial, dislipemias...
- Antecedentes de riesgo para tromboembolismo pulmonar:** fracturas de fémur y pelvis, inmovilización prolongada, insuficiencia cardiaca congestiva.

B) CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

Tipo, localización, irradiación, duración, intensidad, maniobras que lo alivian o lo aumentan.

C) SÍNTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR

Cuadro vegetativo, disnea, tos, palpitaciones.

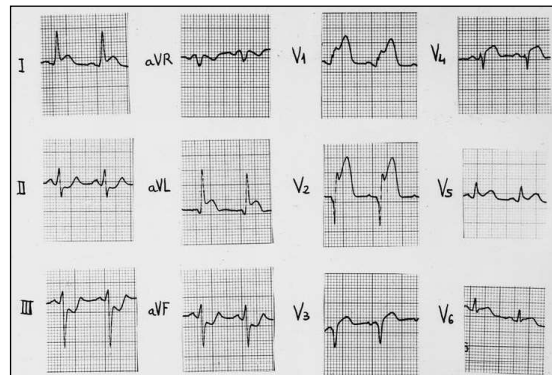
3.2. EXPLORACIÓN

- Inspección, palpación y compresión del tórax.
- Examen vascular.
- Examen pulmonar.
- Exploración abdominal.
- Auscultación:
 - **Foco mitral:** localizado en ápex
 - **Foco tricuspídeo:** localizado en el apéndice xifoides
 - **Foco aórtico:** en el segundo espacio intercostal a la derecha del esternón
 - **Foco pulmonar:** segundo espacio intercostal a la izquierda del esternón

3.3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A) ELECTROCARDIOGRAMA

- Exploración obligada en caso de datos de gravedad (hipotensión, síncope, insuficiencia respiratoria, disnea...).
- Su normalidad no excluye casi ninguna causa de dolor torácico.
- El rendimiento es mayor si se realiza durante el dolor



B) RADIOGRAFÍA DE TÓRAX



C) ENZIMAS

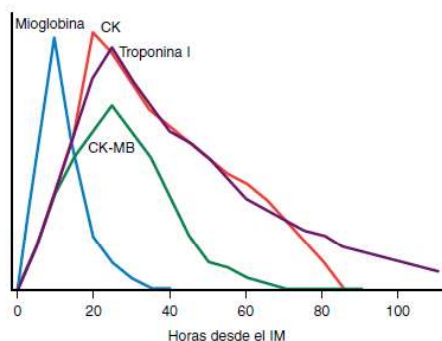
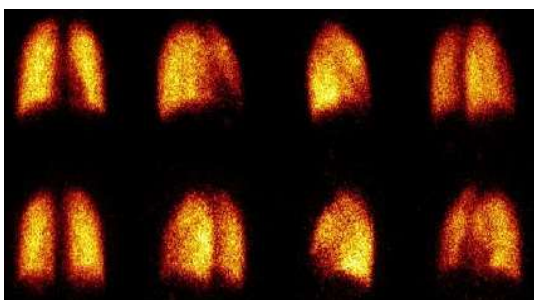


Figura 16-9. Aumento y descenso típicos de biomarcadores cardíacos después de infarto miocárdico.

D) GASOMETRÍA ARTERIAL



E) GAMMAGRAFÍA VENTILACIÓN/PERFUSIÓN



F) ARTERIOGRAFÍA PULMONAR



CANARIAS 2014: En las pautas de actuación urgente ante un dolor torácico agudo, NO es correcto:

- Realizar electrocardiograma.
- Canalizar una vía para administración de fluidos y medicación.
- Practicar masaje cardíaco.*
- Poner en marcha la evacuación del paciente.

4. PERFILES DEL DOLOR TORÁCICO

Según estos datos, intentaremos encuadrar el dolor en varios "perfiles".

4.1. PERFIL ISQUÉMICO

A) ANGINA

Opresivo, retroesternal, irradiado a miembro superior izquierdo, suele durar menos de 15 minutos, se relaciona con el ejercicio, no se modifica con la tos, lo alivian los nitritos y el reposo y puede acompañarse de síntomas vegetativos.



B) INFARTO

Duración superior, de mayor intensidad, no se alivia con reposo ni nitroglicerina. Puede haber sintomatología y localización atípica. Además hay pacientes sin dolor pero con los llamados "equivalentes anginosos", por ejemplo disnea.

ASTURIAS 2018: ¿Cuál es la actitud recomendada ante un paciente que acude a su consulta refiriendo un dolor torácico no traumático de tipo anginoso sin cambios en sus características en el último mes?

- Valorar tratamiento con Aspirina y remitir a Cardiología en un plazo de 1-2 semanas.*
- Iniciar tratamiento con nitratos transdérmicos y heparina de bajo peso molecular a dosis terapéuticas.
- Remitir directamente a urgencias hospitalarias.
- Se trata de una angina estable por la que se inicia antiagregación y bloqueo-beta y sólo se remitirá a Cardiología en caso de angina inestable.

4.2. PERFIL PLEURÍTICO

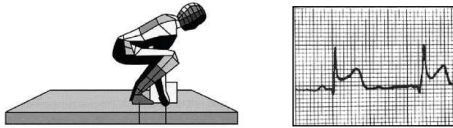
Punzante, localización costal, puede irradiarse a cuello, dura más que el isquémico, intensidad variable, aumenta con los movimientos respiratorios y ciertas posiciones. Generalmente el paciente se acuesta sobre el lado afecto con el fin de inmovilizarlo.



4.3. PERFIL PERICÁRDICO

Simula a uno de los dos anteriores con características mixtas entre ellos, suele ser opresivo o punzante. Puede localizarse en la zona precordial y retroesternal, pero también en la "zona del cinturón".

Se irradia a cuello y hombros y **se alivia en genupectoral** ("plegaria mahometana"). La clínica, la auscultación de roce pericárdico, los signos electrocardiográficos (elevación difusa del segmento ST, inversión de la T...), nos ayudan en el diagnóstico.

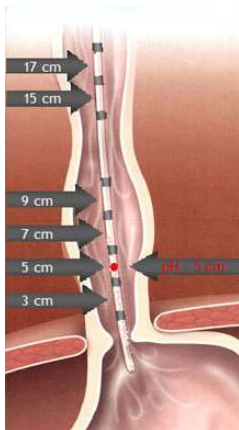


MIR 98 FAMILIA: Un dolor torácico anterior, opresivo, que afecta al borde superior del trapecio, que varía con la respiración en un sujeto fumador joven, es sugerente de:

1. Disección aórtica.
2. Infarto de miocardio.
3. Embolismo pulmonar.
4. Angina inestable.
5. Pericarditis aguda.*

4.4. PERFIL ESOFÁGICO

Es el que **más se confunde con el de origen isquémico**. Es de tipo urente, pero también puede ser opresivo. Se localiza en la zona retroesternal y en epigastrio. Se puede irradiar a cuello y brazo izquierdo. La duración es variable. Se puede relacionar con la ingesta de bebidas frías, aspirina o alcohol. Pueden aliviarse los antiácidos, nitritos y anagonistas del calcio. El diagnóstico puede requerir la realización de pH-metría o manometría.



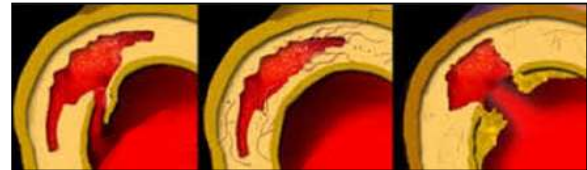
CANARIAS 2014: En relación a las causas de dolor torácico señale la respuesta **INCORRECTA**:

- a) Reflujo esofágico: Dolor costochondral o muscular. Se reproduce a la palpación y con los movimientos. Duración prolongada, incluso días o semanas.*
- b) Embolismo pulmonar: Disnea de inicio repentino. Se presenta con taquipnea, taquicardia, hipoxemia e hipocapnia.
- c) Neumotórax espontáneo: Disnea. Ruidos auscultatorios pulmonares abolidos o disminuidos en uno de los hemitórax, principalmente en los campos superiores.
- d) Disección aórtica: Dolor severo de inicio brusco e intenso, irradiado a espalda o cuello, de localización variable dependiendo del tipo de disección.

4.5. PERFIL DE DISECCIÓN DE AORTA

- Instauración brusca, transfixivo. Se localiza inicialmente en la zona interescapular para después migrar a cuello, espalda, flancos, abdomen.

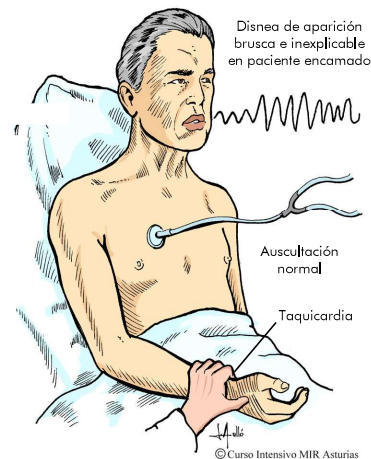
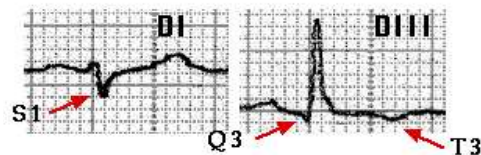
- No se modifica con los cambios de postura ni con los movimientos respiratorios. Puede acompañarse de síncope, insuficiencia cardíaca, déficit neurológico focal isquémico. Suele presentarse en mayores de 40 años con hipertensión arterial y en ocasiones de conectivopatías congénitas.
- Puede existir:
 - Un soplo de insuficiencia aórtica
 - Ensanchamiento mediastínico en la Rx tórax
 - Doble contorno en la pared aórtica



1. Disección aórtica
2. Hematoma intramural
3. Úlcera aórtica penetrante (placa de ateroma que se ulcera)

4.6. PERFIL DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

- Puede ser similar al infarto en embolismos masivos. En formas menos graves, el dolor es de características pleuríticas o mecánicas. Se pueden encontrar síntomas asociados como tos y expectoración hemoptoica, siendo la **disnea** el más frecuentemente asociado, y **es de instauración brusca**. En la radiografía de tórax se puede observar hiperclaridad pulmonar o signos de infarto pulmonar. En el electrocardiograma se puede observar un patrón de sobrecarga derecha.
- La gammagrafía pulmonar confirmará el diagnóstico en la mayoría de los casos.



Hay que pensar en tromboembolismo ante todo paciente de riesgo (encamado, postoperado, etc.) que presente una disnea de aparición brusca e inexplicable.

INSALUD 97: El síntoma más frecuente de la embolia pulmonar es:

1. Disnea inexplicable de aparición brusca.*
2. Dolor pleurítico y hemoptisis.
3. Intenso dolor retroesternal.
4. Episodios repetidos de taquiarritmias supraventriculares inexplicables.
5. Síncope.

MADRID 2006: La sospecha de tromboembolismo pulmonar puede apoyarse en un electrocardiograma que presente:

1. Bradicardia
2. Ondas T altas, picudas y simétricas en derivaciones derechas
3. Patrón S,Q,T*
4. Ondas Q en derivaciones izquierdas

CASTILLA Y LEON 2007: Señale la respuesta FALSA respecto al tromboembolismo pulmonar:

- a) Puede ocasionar dolor torácico.
- b) Se presentan alteraciones electrocardiográficas en el 90% de los casos.*
- c) La pO_2 suele ser inferior al 90 %.
- d) La radiografía de tórax puede ser normal

GALICIA 2016: Se nos presenta en la consulta un paciente con disnea de inicio repentino y opresión torácica; a la exploración observamos taquicardia, taquipnea y baja saturación de O_2 ; el ECG refleja elevación de 1 mm del ST en II, III y aVF, estas características se corresponden con:

- a) Disección aórtica.
- b) Neumotórax espontáneo.
- c) Embolismo pulmonar.*
- d) Perforación gástrica.

ASTURIAS 2016: Acude a su consulta, solicitando demanda urgente, una paciente de 63 años de edad, que acaba de salir, hace 24 horas, de alta hospitalaria, tras tratamiento quirúrgico de cáncer de colon, refiere un dolor pleurítico en hemotórax izquierdo y disnea de comienzo brusco desde hace 1 hora. A la exploración la enferma está taquipneica, con signos de mala perfusión periférica y presión arterial (PA) sistólica de 70 mm Hg. El electrocardiograma (ECG) muestra inversión de la onda "T" de V1 a V4. ¿Cuál es la conducta clínica más adecuada para realizar a continuación?:

- a) Hay alta sospecha de embolia de pulmón por lo que se debe iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular 1 mg/kg peso/12 horas en la consulta de Primaria y posteriormente derivar al hospital.
- b) Hay alta sospecha de embolia de pulmón por lo que se debe iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular 1 mg/kg peso/24 horas en la consulta de Primaria y posteriormente derivar al hospital.
- c) Hay alta sospecha de embolia de pulmón por lo que se debe iniciar tratamiento con Ácido Acetilsalicílico 100 mg y clopidogrel /300 mg vía oral y derivar al hospital.
- d) Existe alta sospecha de embolia de pulmón masiva y se debe realizar ingreso urgente en el hospital para hacer un angio TC de confirmación y valorar tratamiento fibrinolítico *

4.7. PERFIL OSTEOMUSCULAR "MECÁNICO"

Punzante, precordial, aumenta con los movimientos del tórax. Se relaciona con traumatismos, patología articular (costocondritis de Tietze), miositis, herpes Zóster.

4.8. OTRAS CAUSAS DE DOLOR TORÁCICO

A) DOLOR DE ORIGEN PSICÓGENO

Es una causa muy frecuente en atención primaria.

Se caracteriza por ser mal definido, localización submamaria izquierda o precordial, con irradiación a brazo izquierdo con parestesias, no se relaciona con el ejercicio y generalmente no se presenta durante el sueño.



B) DOLOR ORIGINADO EN VÍSCERAS ABDOMINALES

Pueden cursar con dolor torácico: cólico biliar, úlcus péptico, gastritis, pancreatitis aguda, meteorismo intestinal. La anamnesis y exploraciones complementarias ayudarán en el diagnóstico.



C) HÉRPES ZÓSTER

Dolor de distribución metamérica, que no se modifica con la presión sobre el tórax ni con los movimientos. Precede a la aparición de las vesículas arracimadas típicas.



D) DISCOPATÍA CERVICAL

Es debido a la compresión de las raíces posteriores cervicodorsales produce dolor a nivel de la musculatura torácica y braquial. Aumenta con los movimientos y con la tos.



MURCIA 2019: Una de las siguientes afirmaciones con respecto a la cefalea tensional es falsa:

- a) Es la causa más frecuente de cefalea.
- b) El dolor es bilateral en el 90% de los casos.
- c) Es más frecuente en varones.*
- d) Suele iniciarse en la edad adulta.

NOTA: La cefalea tensional comparte con la migraña el predominio de sexo femenino. Relacionando conceptos, recordad el perfil de dolor torácico psicógeno que tiene como tipología de paciente característico una mujer por su mayor prevalencia en este subgrupo que en el masculino.



5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR TORÁCICO. CLAVES DIAGNÓSTICAS

Tipo de dolor	Características	Localización	Irradiación	Duración	Lo aumenta	Lo alivia
ISQUÉMICO	Opresivo	Retroesternal	Mandíbula y brazo izquierdo (en raras ocasiones también hacia el brazo derecho)	Angina: 15min IAM: 30 min	El ejercicio	Angina: reposo y nitroglicerina (no en el IAM)
PLEURÍTICO	Punzante	Cualquier punto del tórax	-	Variable (continuo)	Los movimientos respiratorios	Acostarse sobre el lado afecto
PERICÁRDICO	Mixto (opresivo y punzante)	Retroesternal	En cinturón hacia la espalda, cuello y hombros	Variable	-	Posición mahometana
ESOFÁGICO	Urente/opresivo	Retroesternal, epigástrico	Cuello y bazo izquierdo	Variable	Bebidas frías, carbónicas, aspirina, alcohol	Antiácidos, antagonistas del calcio, nitritos
DISECCIÓN AORTA	Transfixivo, brusco	Interescapular	Cuello, espalda, flancos, abdomen	Variable	-	-
TEP	Pleurítico/mecánico	Cualquier punto del tórax	-	Variable	Movimientos respiratorios.	Hipoventilar
MECÁNICO	Punzante	Precordial	Variable	Variable	Movimientos del tórax	Inmovilizar la zona
PSICÓGENO	Mal definido	Submamario izquierdo o precordial	Brazo izquierdo	Variable	Estrés	Sueño