

Dolor torácico

La importancia del dolor torácico como síntoma fundamenta en dos principios. De un lado, se trata de uno de los motivos de consulta más frecuente tanto en el ámbito de urgencias como ambulatorio. Por otro lado, el dolor torácico puede ser un síntoma asociado a patologías potencialmente mortales, como el infarto agudo de miocardio o la disección aórtica. El manejo del dolor torácico supone un reto para cualquier médico que debe identificar a los pacientes de alto riesgo que precisan normalmente ingreso hospitalario y un tratamiento específico y a los de bajo riesgo que pueden ser dados de alta con seguridad, completando el estudio etiológico si fuese preciso de forma ambulatoria.

Como ocurre con otros muchos síntomas, el abordaje del dolor torácico se inicia con la anamnesis y exploración física. La anamnesis es fundamental en el proceso diagnóstico del paciente que consulta por este síntoma. Sin embargo, no es fácil realizar una buena anamnesis pues muchas veces los pacientes son muy imprecisos en la descripción del síntoma o responden de forma ambigua a las preguntas planteadas. Además, no es infrecuente que si no se es cuidadoso a la hora de formular las preguntas se influya en las respuestas del paciente. Esto hace que en muchas ocasiones el médico con menos experiencia (como el estudiante de Medicina) confíe más en las exploraciones complementarias que en la anamnesis. No hay duda del valor de las exploraciones complementarias, pero estas siempre deben solicitarse e interpretarse en base a una buena anamnesis. La complejidad de los pacientes en la práctica clínica real es mucho mayor que la que se puede intuir en los libros. Sin una buena historia clínica, ninguna prueba puede ser correctamente interpretada. Esto es común a otros síntomas, pero en el caso del dolor torácico cobra especial importancia dada la extraordinaria sensibilidad de los marcadores de daño miocárdico (troponinas).

Si bien en Medicina es difícil decir “siempre” o “nunca”, es difícil imaginar una situación en la que no esté justificado realizar a un paciente que consulta por dolor torácico un electrocardiograma. Su rentabilidad diagnóstica, junto a su inocuidad y precio, hacen que esta exploración sea casi obligatoria.

Es importante tener claro el concepto de angina e isquemia. Cuando en el miocardio aparece un desbalance entre aportes y demanda de oxígeno aparece isquemia que en caso de persistir produce muerte celular (infarto). La isquemia puede ser debida a enfermedad coronaria de origen arterioesclerótico (lo más frecuente) o no arterioesclerótico (p.e., vasoespasmo coronario o disección coronaria). Pero también puede aparecer isquemia sin o con poca enfermedad coronaria por un aumento súbito de las demandas (p.e., taquicardia) o de los aportes (p.e., sangrado y anemia severa). Al dolor secundario a la isquemia cardiaca se le denomina clásicamente angina. A veces la sintomatología es muy parecida independientemente de la etiología. Por ejemplo, un paciente que consulta con dolor torácico de esfuerzo puede ser el debut de una cardiopatía isquémica estable al que deberíamos iniciar tratamiento antiagregante y sintomático (betabloqueantes y/o nitratos) o el debut de un síndrome

anémico cuyo tratamiento sería diametralmente opuesto. En ambos casos, el dolor se produce por isquemia miocárdica en el contexto de un desbalance entre aportes y demandas.

Las principales preguntas que debe incluir una buena anamnesis sobre el dolor torácico se muestran a continuación:

- ¿Tiene ahora dolor? Si tiene dolor: ¿Cuándo le ha empezado? Si no tiene dolor: ¿Cuándo le ha durado el dolor?
- ¿Ha tenido episodios previos similares?
- ¿Cómo es el dolor torácico? Opresivo, quemante, punzante, etc.
- ¿Dónde lo localiza? Retroesternal, epigástrico, submamario, etc.
- ¿Hacia dónde se irradia? Submandibular, brazo izquierdo, hombros, etc.
- ¿Asocia algún síntoma? Náuseas, vómitos, diaforesis, fiebre, tos, etc.
- ¿Ha notado si algo le mejora el dolor? Analgésicos, antiácidos, nitratos, etc.
- ¿Ha notado si algo le empeora el dolor? Esfuerzo, postura, respiración, etc.

A continuación se presenta a modo de tablas la información que nos ayudará a la hora de abordar al paciente con dolor torácico. Finalmente, se presentan los perfiles más frecuentes de pacientes con dolor torácico.

Tabla 1. Principales etiologías del dolor torácico

Cardiovascular	Enfermedad coronaria, vasoespasmos, valvulopatías, arritmias, pericarditis, miocarditis, disección aórtica, tromboembolismo pulmonar, etc.
Pulmonar	Neumotórax, neumonía, pleuritis, etc.
Digestivo	Gastritis, reflujo gastroesofágico, enfermedad ulcerosa, péptica, espasmo esofágico, colecistitis, etc.
Osteomuscular	Costocondritis (síndrome de Tietze), contractura muscular, fractura costal
Neurológico	Herpes Zoster, neuralgias por compresión.
Psicógeno	Depresión, ansiedad, crisis de pánico.
Otros	Mastodinia

Tabla 2. Características del dolor torácico y posibles etiologías

Cualidad	Opresivo (coronario, miocarditis, tromboembolismo) Urente o quemante (coronario, reflujo gastroesofágico) Punzante (osteomuscular, psicógeno)
Localización	Retroesternal (coronario, miocarditis, esofágico) Epigástrico (coronario, digestivo) Hemitórax derecho (pulmonar, osteomuscular)
Irradiación	Brazo izquierdo (coronario, osteomuscular) Hombro izquierdo (coronario, pericarditis, osteomuscular) Hombro derecho (colecistitis, osteomuscular)
Duración	< 1 min (psicógeno) 5 – 15 minutos (coronario) > 24 horas (osteomuscular)
Alivio	Antiinflamatorios (osteomuscular) Antiácidos (gástrico) Nitratos (coronario, espasmo esofágico)
Descendenciente	Esfuerzo (coronario) Estrés emocional (psicógeno) Presión (osteomuscular)

Se exponen las características clásicas si bien ninguna de ella es específica de ninguna etiología concreta.

Tabla 3. Diferenciación entre el dolor de perfil anginoso y no anginoso

PERFIL ANGINOSO	PERFIL NO ANGINOSO
Localización retroesternal, precordial o epigástrico irradiado a hombros, borde cubital de antebrazo, mandíbulas o región interescapular	Localización supramandibular, infraumbilical o a "punta de dedo" (región < 3 cm ²)
Opresivo o quemante	Punzante u hormigueos
Variable. Si duración > 20 minutos y marcadores de daño miocárdico normales disminuye la probabilidad de origen coronario	Duración inferior a 1 minuto, varias horas con marcadores de daño miocárdico normales o más de 1 día
No se modifica con respiración o postura	Se modifica con la respiración o postura. Se reproduce a la palpación.
Cortejo vegetativo (diaforesis, náuseas), disnea, palpitaciones, síncope, astenia.	Fiebre, tos productiva, cefalea.

Tipos de dolor torácico y anamnesis asociada:

Dolor de origen coronario ("isquémico"): Intensidad variable, tipo opresivo, localizado a nivel precordial o retroesternal pudiendo irradiarse a nivel mandibular, epigastrio, brazos, etc. Duración 2-15 min y más prolongado cuando se establece un infarto (por debajo de 1 minuto y superior a los 30 min, junto con pruebas ECG y marcadores de daño miocárdico normales, el origen isquémico es improbable). Se suele acompañar de sintomatología vegetativa y/o disnea. Es típico que se desencadene con el ejercicio, frío, estrés y comidas copiosas, suele mejorar con el reposo y con la administración de nitritos. No se modifica con cambios posturales ni movimientos posturales. Presentación atípica (ardor, falta de aliento o localización exclusiva en zonas de irradiación) en pacientes diabéticos, ancianos y mujeres.

Dolor pleurítico: De tipo punzante, en uno o ambos hemitórax, retroesternal o costal, pudiendo irradiar a cuello. Duración de horas o días. Aumenta con los cambios posturales, la inspiración profunda y la tos, y mejora con antiinflamatorios. Entre los síntomas acompañantes o asociados podemos encontrar fiebre, disnea, tos/expectoración, etc.

Dolor pericárdico: Tipo opresivo o punzante, retroesternal o precordial con irradiación a cuello y espalda. Aumenta con la tos, movimientos respiratorios, deglución, rotación del tronco y decúbito. Se alivia con la inclinación del tronco hacia delante y antiinflamatorios. Puede estar acompañado de fiebre y antecedentes de infección respiratoria.

Dolor por tromboembolismo pulmonar: Presenta cuadro inespecífico con características isquémicas, pleuríticas e incluso puede ser asintomático. Su síntoma acompañante fundamental es la disnea de inicio súbito y rápidamente progresiva.

Dolor por disección aórtica: Dolor brusco, muy intenso y desgarrador. Localización torácica variable dependiente de la sección aórtica afectada. Suele durar horas y se acompaña de sudoración, así como síntomas isquémicos en función de las ramas afectadas. No se modifica y puede desencadenarse por esfuerzos intensos.

Dolor esofágico: Muy similar al dolor isquémico, compartiendo perfil, irradiación y respuesta a nitratos. Se desencadena con la ingesta, el estrés, aspirina o bebidas frías. Mejora con antiácidos, empeora en ocasiones con el decúbito y suele acompañarse de pirosis y/o disfagia.

Dolor osteomuscular: Tipo punzante, localizado, generalmente no irradiado, se incrementa con la presión manual y cambios posturales. Larga duración con intermitencia y frecuentemente antecedentes de traumatismo. Mejora con el reposo, antiinflamatorios y el calor local.

Dolor psicógeno: Molestias mal definidas y de perfil muy variable e inespecífico. Se asocia con síntomas de hiperventilación (parestias, temblor de extremidades) y sensación de nudo (bolo hístico). Sospechar en pacientes con ansiedad, depresión, personalidad neurótica u otros antecedentes psiquiátricos. Alivio con ansiolíticos y placebo.