

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR TORÁCICO

Es una de las causas más recurrentes de consulta médica en los servicios de urgencias. La valoración se hace difícil porque:

1. Se origina en estructuras inervadas por fibras sensitivas correspondientes al mismo nivel medular; dolores de distinto origen se expresan igual.
2. Puede indicar enfermedad benigna o proceso maligno a corto plazo.
3. Poca relación entre intensidad y gravedad.
4. La evidencia de una causa no excluye la coexistencia con otras.
5. Los datos objetivos (datos del ECG) pueden aparecer sólo durante el episodio del dolor.
6. Las pruebas complementarias en ocasiones no orientan al diagnóstico, lo más importante es la anamnesis.

ETIOLOGIA

1. Causas cardiovasculares:

-Isquémicas: a) enfermedad coronaria; b) miocardiopatía hipertrófica obstructiva; c) estenosis aórtica

-No isquémicas: a) aneurisma disecante; b) pericarditis; c) prolapso valvular.

2. Causas no cardiovasculares:

2.1. Pleuropulmonares: TEP, HTP, Pleuritis, neumonías, neumotórax

2.2. Digestivas: RGE, espasmo difuso del esófago, ulcus péptico, cólico, pancreatitis

2.3. Neuromusculoesqueléticas: Costocondritis, cervicoartrosis, radiculopatías, fase prevesicular de herpes Zoster, contracturas, bursitis subacromial.

2.4. Emocionales: Ansiedad, depresión, síndrome de hiperventilación.

DIAGNÓSTICO

Anamnesis: Hª Clínica

Antecedentes personales: buscar factores de riesgo para:

- 1) enfermedad coronaria: edad, sexo, HTA, hiperlipidemias, diabetes, tabaquismo.
- 2) TEP: fracturas de fémur y pelvis, inmovilización prolongada, ICC.

El dolor torácico tiene sus características y unos síntomas acompañantes asociados "típicos" según la causa, lo que permite describir una serie de perfiles.

1. **PERFIL ISQUÉMICO:** opresivo, retroesternal, irradiado a hombro izquierdo, dura <15 minutos y es de intensidad variable. Aparece tras ejercicio, decúbito y comidas copiosas. No se modifica con la tos ni los movimientos. Se alivia con

- nitritos y reposo y puede acompañarse de cortejo vegetativo “angina”. Si es IAM no se alivia, pueden encontrarse características atípicas.
2. PERFIL PLEURÍTICO: Punzante, de localización costal, puede irradiarse al cuello, dura más que el isquémico, es de intensidad variable y aumenta con los movimientos respiratorios. Asociado a patología pleural, neumonía, bronquitis y TEP. Puede acompañarse de expectoración y fiebre.
 3. PERFIL PERICÁRDICO: Tipo opresivo-punzante localizado en regiones retroesternal y precordial, irradiado al cuello y hombros, se alivia cuando el paciente se echa hacia delante. Causa: Pericarditis aguda, si es en el contexto de fiebre asociada o infección respiratoria en las 2 semanas previas.
 4. PERFIL ESOFÁGICO: Tipo urente, puede ser opresivo, retroesternal y en epigastrio y se irradia a cuello y brazo izquierdo. Duración: variable, relacionado con ingesta de bebidas frías, aspirina, alcohol. RGE: se acompaña de pirosis, disfagia, odinofagia, empeoramiento en decúbito, los antiácidos y nitritos también la alivian.
 5. PERFIL DE DISECCIÓN AÓRTICA: >40años, HTA y conectivopatías congénitas, dolor de instauración brusca, transfixivo e intenso, asociado a diaforesis, localización interescapular, pero luego se irradia a cuello, espalda, flancos...Duración de horas, no se modifica con la postura. Se puede asociar a síncope, I. cardíaca por I. aórtica, déficit neurológico, paraparesia por isquemia medular. Otras manifestaciones pueden ser consecuencia de compresión por estructuras adyacentes por aneurisma disecante expansivo.
 6. PERFIL DE TEP: Si es importante, simula IAM, si es de menor cuantía simula dolor pleurítico.
 7. PERFIL OSTEOMUSCULAR (mecánico): Tipo punzante, precordial, duración prolongada con intermitencias, aumenta a la movilidad y a la palpación. Se relaciona con traumatismos, patología articular, bursitis subacromial, tendinitis, artritis de hombro.
 8. PERFIL PSICÓGENO: Localización submamaria izquierda o precordial, acompañado de parestesias (sobre todo si hay hiperventilación), duración variable con recurrencias, impide inspiración profunda, no relacionado con ejercicio, asociado a estados de ansiedad del paciente.

Exploración física:

TA, FC, FResp., T^a y pulso.

Examen general: cianosis (TEP), palidez (angor).

Examen de tórax: Lesiones cutáneas (equimosis, herpes zóster, signos inflamatorios articulares)

Auscultación cardíaca: Soplos, roce pericárdico, 3er y 4to tono, taquicardia.

Examen vascular: Asimetría de pulsos, disección aórtica, signos de TVP, aumento de presión venosa yugular, pulso paradójico.

Examen pulmonar: Signos de IR: taquipnea, cianosis.

Auscultación pulmonar: consolidación, derrame pleural, neumotórax,

Pruebas complementarias:

a) ECG: Cambios electrocardiográficos sugerentes de isquemia/infarto. Cambios en ST (elevación-depresión) y en T (invertida), aunque un EKG normal no descarta patología cardíaca. Si no se considera conveniente dar el alta inmediata, a estos pacientes está indicado someterlos de inmediato a poco después a una prueba de esfuerzo.

- b) **RADIOGRAFÍA DE TÓRAX:** Ante cualquier dolor de características pleura-pulmonares.
- c) **ENZIMAS CARDIACAS:** Indicadores de lesión miocárdica. Creatinin-quinasa (CK), CKMB, troponinas cardiacas. También se usan la mioglobina sérica, PCR, BNP que son menos específicas. Estos valores no son excluyentes de enfermedad cardiaca en el caso de que sean negativos.
- d) **GASOMETRÍA:** Existencia de hipoxemia con normo-hipocapnia con aumento del gradiente arterial sugiere TEP, pero no es específico.

Pruebas dirigidas:

TEP: gammagrafía pulmonar (de perfusión), arteriografía pulmonar.

Disección aórtica: Eco cardiografía, TC, RMN.

Motilidad esofágica: Manometría, phmetría.

Enz. Cardiacas: prueba de esfuerzo (ergometría) y coronariografía.

ACTITUD ANTE UN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

Datos de gravedad:

- Disnea
- Síncope
- Hipotensión
- HTA grave
- Taquiarritmia
- Bradiarritmia

Urgencia médica:

- IAM
- TEP
- Aneurisma disecante de aorta
- Neumotórax a tensión
- Rotura esofágica

BIBLIOGRAFÍA:

- Harrison, Manual de Medicina 16º ed.
- Farreras; Rozman, Medicina Interna 16º ed.