

DOLOR TORÁCICO

Marta Jiménez, Arantxa Mata

El dolor torácico representa entre un 5-20% de las consultas en Urgencias. La valoración inicial del paciente con dolor torácico debe ir dirigida a establecer la presencia de datos de gravedad inmediata y a descartar etiologías que supongan un riesgo vital para el paciente.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS

Atención inicial

Protocolo de actuación:

1. ECG en menos de 10 minutos.
2. Ante la sospecha de causa cardiológica: avisar a Cardiología.
3. Toma de constantes: Pulso, Presión arterial, Saturación de O₂, monitorizar ECG, preparar desfibrilador.
4. Vía periférica: enzimas cardíacas si dolor de causa cardiológica (TROPONINA resultados en menos de 30 min), hemograma, ionograma, urea, creatinina, pruebas de función hepática, coagulación.

Diagnóstico:

Anamnesis y exploración física inicial que junto con los datos ya obtenidos (ECG, Constantes, estado general del paciente), orientarán sobre el posible origen y si es agudo o subagudo.

Según las características del dolor, podemos encontrar diferentes etiologías.

La urgencia depende del origen y el tiempo de evolución:

- 1.- **Coronario:** de localización más frecuente retroesternal. Con irradiación cara anterior del tórax, miembros superiores y/o región interescapular. Es importante conocer si el dolor es de tipo opresivo, punzante... Suele ser un dolor fijo, sin variación con la palpación ni con los cambios posturales. La exploración física puede ser normal. Síndrome coronario agudo (SCA): Infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del ST, sin elevación del ST.
- 2.- **Pericárdico:** Pericarditis. De localización precordial, retroesternal. Suele aumentar el dolor con la inspiración, tos (de tipo pleurítico) y en decúbito supino, disminuyendo en sedestación o en decúbito prono. A la exploración se puede auscultar en ciertas

ocasiones el roce pericárdico.

- 3.-Neurógeno:** dolor costal, normalmente sigue el recorrido del nervio afecto. El dolor es de tipo urente. De inicio rápido, suele relacionarse con algún factor desencadenante. Mejora en reposo. A la exploración puede existir lesiones cutáneas en el herpes, parestesias e hipoestesias.
- 4.- Osteomuscular:** pobremente localizable, costal, retroesternal. El dolor es de tipo punzante en casos agudos, o sordo en crónicos. Si es de inicio agudo, suele ser tras algún esfuerzo, movimiento. De inicio crónico posible en dorsalgias o molestias costales. El dolor se intensifica con la sobrecarga de peso, con movimientos, aumenta con la palpación, respiración profunda, y suele mejorar con calor local, reposo o analgésicos. En la exploración podemos buscar puntos dolorosos que desencadenen el dolor con la presión o movilización.
- 5.- Esofágico:** retroesternal. Similar al del patrón coronario. El dolor es urgente, constrictivo, quemazón. Suele aparecer con las ingestas copiosas, vómitos, bebidas alcohólicas. Aumenta en decúbito y con la deglución. Mejora con antiácidos, la comida o en el caso de espasmos, con nitratos o antagonistas del calcio. La exploración suele ser normal, salvo en el caso de perforación.
- 6.- Pulmonar:** localización costal, región mamaria o inframamaria. Pleuromediastínica: región retroesternal y cuello. Pleura diafragmática: en el límite toracoabdominal, con irradiación al cuello y al hombro. La irradiación puede ser a los hombros. El dolor es de tipo punzante. Aumenta con la tos, la inspiración y con los movimientos del tórax. Mejora en decúbito sobre el hemitórax afectado y con la respiración abdominal. En la exploración puede ser desde normal hasta signos de neumotórax, derrame pleural o neumonía.
- 7.- Psicógeno:** el dolor es variable, a veces similar al patrón coronario. El dolor es de característica punzante en muchos casos. Suele ser de inicio rápido, relacionado con factores emocionales. Suele mejorar con el uso de placebos. A veces existen datos de ansiedad, neurosis, depresión.

A continuación se detallan algunas de las causas:

*(*El Síndrome Coronario Agudo se detalla en otro capítulo).*

Enfermedades de la aorta:

Diseccción aórtica, Hematoma intramural, Úlcera aórtica aterosclerótica penetrante.

Presentación clínica:

- 1.-Dolor repentino, muy intenso desde el comienzo, tenebrante/tranxfisiente, sensación

inminente de muerte, localización e irradiación del dolor según el origen y la evolución de la disección; se suele asociar a historia de HTA (80%) ver protocolo de emergencias hipertensivas para tratamiento endovenoso. En tórax anterior orienta a afectación de aorta ascendente.

2.-Fallo cardiaco por insuficiencia aguda severa de la válvula aórtica.

3.-Síncope sin signos neurológicos por taponamiento pericárdico o rotura de la disección a espacio pleural izquierdo.

4.-Accidente vascular cerebral, neuropatías periféricas o paraplejía.

5.-Parada cardiaca o muerte súbita.

Exploración física

Los signos reflejan habitualmente la localización y el grado de afectación y sugieren el diagnóstico.

HTA en el 80-90% de las disecciones distales, menos común en las proximales.

Afectación proximal:

- a) Asimetría de pulsos izquierdos.
- b) Soplo diastólico musical de insuficiencia aórtica paraesternal izquierdo.
- c) Manifestaciones neurológicas: ACV; coma, paraplejía y paraparesia.
- d) IAM de la cara inferior.
- e) Compresión de estructuras (S. De Horner, ronquera, S. de vena cava superior, disfagia).
- f) Otras manifestaciones: hemotórax, hemoptisis y hematemesis.

Hematoma intramural: clínica indistinguible.

La úlcera penetrante no presenta déficit de pulsos, insuficiencia aórtica ni déficits neurológicos.

Métodos diagnósticos

Alto índice de sospecha/Cuadro clínico/Estudio del ECG y la Rx tórax.

Ingreso en UCI a la espera de confirmar el diagnóstico y se monitorizará: Presión arterial, ECG, PVC, Diuresis e incluso presión capilar.

Técnicas de imagen Urgentes para confirmar el diagnóstico y la clasificación de la disección (Ecocardiograma transtorácico, RM, TAC, y Ecocardiograma transesofágico).

Clasificación:

1.-Afecta a aorta ascendente (aneurisma disecante tipo A de Stanford): Avisar Cirugía cardiovascular; Ingreso para estabilización y corrección quirúrgica.

2.-Afecta a aorta descendente (aneurisma disecante tipo B de Stanford):

Avisar Cirugía vascular; Ingreso para tratamiento médico.

Valorar corrección quirúrgica según evolución.

Causa pulmonar:

Tromboembolismo pulmonar: El dolor tiene características pleuríticas, es agudo, existen antecedentes de reposo, cirugía abdominal, fiebre, taquipnea, trombosis venosa profunda y el ECG puede mostrar sobrecarga derecha, bloqueo de rama derecha, transición tardía, signo de McGunn-White (S1, QIII,TIII), Onda P pulmonar, taquicardia sinusal, Eje a la derecha. (seguir protocolo específico).

Neumotórax: dolor pleurítico, agudo, punzante, disnea, taquipnea, buscar antecedentes de bullas, otros neumotórax y antecedentes familiares (seguir protocolo de disnea aguda).

Neumonía: Dolor pleurítico, signos de infección (fiebre, tos y expectoración, auscultación pulmonar).

Origen digestivo:

Molestias epigástricas secundarias a esofagitis, espasmo esofágico (puede aliviar tras NTG s/l), úlceras pépticas, gástrica o duodenal, patología de la vesícula biliar y la pancreatitis pueden remedar un IAM.

El alivio o desencadenamiento de los síntomas con la comida, mejoría con los antiácidos, sugieren el origen gastrointestinal pero no son concluyentes.

La irradiación a regiones abdominales o a la base del dorso también pueden sugerir dicho origen. A través de la anamnesis y una exploración física como dolor a la palpación en epigastrio o hipocondrio derecho, puede orientarse el diagnóstico debiendo ser avisado Digestivo.

Pericarditis: Avisar a Cardiología.

Dolor de características similares al del IAM pero que suele empeorar con la inspiración profunda o al acostarse. Antecedentes frecuentes de infección de vías aéreas superiores.

En nuestro centro son frecuentes también post-irradiación y las oncológicas.

Exploración física: Fiebre, roce pericárdico en decúbito y en espiración forzada con el tórax inclinado adelante, cambios posturales que modifican el dolor intolerancia del decúbito supino, alivio con la postura del mahometano.

Valorar ECG: Elevación cóncava hacia arriba del ST excepto en aVR y V1, descenso del PR, Onda T (+) en derivaciones con elevación del ST (esto sucede en las primeras horas/días).

Taquiarritmias (*detalladas en otro capítulo*)

Hay pacientes que acuden a Urgencias con dolor torácico y con arritmias, en dicho caso:

Si Taquicardia ventricular y taquicardias supraventriculares con compromiso Hemodinámico: cardioversión.

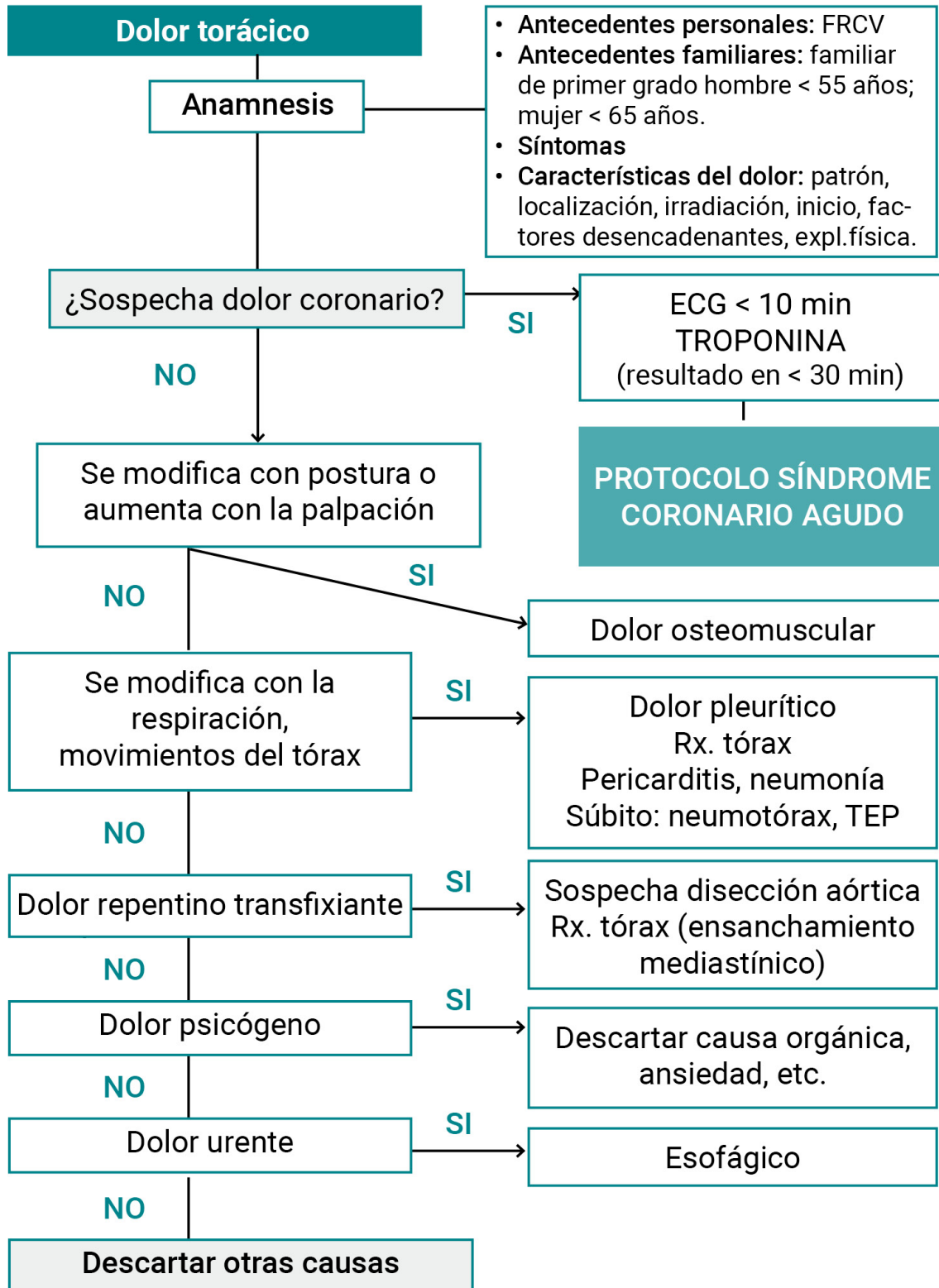
Si no hay compromiso hemodinámico, ingreso en planta con telemetría, en Unidad coronaria para diagnóstico etiológico o traslado a Hemodinámica si precisa.

Causa osteoarticulares/traumatológicos:

Dolor de la pared torácica: Carácter atípico, larga duración, localización anterior sin irradiación. Ocasionalmente se exacerba con la inspiración profunda, al mover el brazo y se asocia a palpación dolorosa del área implicada. Suelen ser pacientes jóvenes, ansiosos sin factores de riesgo y con ECG normal. Iniciar tratamiento antiinflamatorio y derivar a consultas de COT o Medicina interna.

Osteoartritis cervical: La afectación de las raíces nerviosas dorsales cervicales ocasiona en ocasiones una sintomatología muy similar a la isquémica. Pueden durar de 1 a 2 segundos o varias horas que orienta hacia su origen no isquémico.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO



BIBLIOGRAFÍA

1. Fox kf. Investigation and management of chest pain. Heart 2005; 91; 105-110.
2. Lee TH. Molestias retroesternales y palpitaciones. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci As, Hauser SL, Longo DL, Jameson JH, editors. Harrison Principios de Medicina Interna 16 ed. Mc Graw Hill 2005; p 89-95.