

***E*studio del paciente con dolor torácico**

Vicente A. Corral Aliseda
Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud Puerto de Santa María Sur
El Puerto de Santa María (Cádiz)

Cayo García Polo
Neumología
Hospital Universitario Puerta del Mar
Cádiz

SÍNTOMAS GUÍA

SOSPECHA DIAGNÓSTICA

El dolor torácico (DT) es uno de los síntomas que con más frecuencia provocan demanda de atención médica (4-7% de los pacientes atendidos en servicios de urgencias o consultas ambulatorias). Si aparece de forma aguda debe ser considerado como una urgencia médica y ha de ser evaluado con rapidez, siendo fundamental realizar un correcto diagnóstico etiológico, ya que su origen puede determinar el pronóstico vital del paciente. Por su importancia, en el diagnóstico diferencial deberemos descartar y tratar en primer lugar aquellas causas que puedan originar una mayor morbi-mortalidad sin olvidar que la etiología puede obedecer a múltiples entidades que ocasionan DT por idéntica dependencia metamérica (C3-D12) e incluso tener un origen psicógeno. Todas ellas así como su diagnóstico diferencial, vienen descritas en los anexos I y II de este capítulo.

ANAMNESIS

Es la clave en la evaluación de un paciente con DT junto con una adecuada exploración física. Inicialmente se debe interrogar sobre **antecedentes personales** de enfermedad cardiovascular. Especialmente en caso de cardiopatía isquémica conocida, todo dolor torácico en estos pacientes debe entenderse como un proceso de cardiopatía isquémica aguda (angor o IAM) mientras no se demuestre lo contrario. A continuación deberá interrogarse sobre las **características del dolor** como localización e irradiación, intensidad, calidad, cronología (forma de inicio, duración y evolución), factores desencadenantes y factores que lo intensifican o alivian y **síntomatología acompañante** (síntomas vegetativos, disnea, alteraciones del ritmo cardíaco, síncope, nivel de conciencia, tos, sibilancias). Las características o perfiles del dolor torácico en dependencia de las entidades que pueden originarlo vienen descritas en el anexo III de este capítulo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A pesar de que para el diagnóstico de entidades potencialmente letales (CI aguda, tromboembolismo pulmonar, disección aórtica) la rentabilidad de la exploración física no es excesivamente elevada, ésta puede aportar datos muy importantes para el diagnóstico del DT. La exploración se deberá estructurar en todos los pacientes con dolor torácico: inspección, palpación y auscultación torácicas. A continuación se explorarán el cuello, abdomen y extremidades. También debe realizarse una exploración de estructuras osteomusculares y determinación de constantes biológicas (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria).

ACTITUD TRAS SOSPECHA DIAGNÓSTICA

Con los datos obtenidos de la anamnesis y la exploración física deberíamos ser capaces de sospechar un diagnóstico etiológico en un porcentaje elevado de casos y así orientar las exploraciones complementarias precisas a nuestro alcance para establecer un diagnós-

Estudio del paciente con dolor torácico

tico de certeza. Es preciso valorar el estado general del paciente y que la causa del dolor no obedezca a patologías que puedan poner en peligro la vida del paciente en un corto período de tiempo. En caso de que el estado general sea deficiente o tengamos elevada sospecha clínica de patología grave causante del DT, trataremos de estabilizar al paciente y trasladarlo, sin demora, al hospital. En el resto de las ocasiones y una vez encuadrado el paciente dentro de unas características o “perfiles” de DT (Anexo III), procederemos -en el ámbito de la Atención Primaria- a solicitar las exploraciones complementarias que tengamos accesibles con el fin de confirmar el diagnóstico y adecuar el tratamiento.

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA (I)

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS BÁSICAS

Son imprescindibles, y generalmente de fácil acceso, el electrocardiograma (ECG) y la radiología de tórax.

Electrocardiograma

Es de obligada realización, sobre todo cuando la clínica y la exploración sugieren un origen isquémico y/o se objetiven signos o síntomas de gravedad (disnea, hipotensión, síncope), ya que en un número elevado de casos nos puede proporcionar el diagnóstico de certeza (IAM, pericarditis) y en otros, aportarnos datos sobre la etiología (tromboembolismo pulmonar –signos de sobrecarga ventricular derecha–) o circunstancias acompañantes (arritmias...). Por supuesto, no debemos olvidar que la sensibilidad de esta técnica no es del 100%, especialmente en el caso del IAM, ya que puede existir dicha patología incluso siendo el ECG normal. Las principales alteraciones a valorar son: elevación o descenso del ST, presencia de ondas T negativas simétricas, presencia de ondas Q, arritmias auriculares y ventriculares, así como bloqueos AV o de rama.

Radiografía de tórax

Constituye otra herramienta imprescindible en la batería de pruebas diagnósticas iniciales en el entorno extrahospitalario y hospitalario. Diagnóstica gran parte de los dolores de origen pleural y/o pulmonía, puede aportar datos orientativos hacia patologías mediastínicas, de pared torácica, cardíaca o pericárdica. Dado que el acceso a dicha exploración no es tan sencillo como en el caso del ECG, debemos valorar su realización en el contexto del proceso diagnóstico siempre que la situación clínica del enfermo y otros factores como el tiempo/desplazamiento lo permitan. Sería de elección en todos los casos en que exista sospecha de etiología pleuropulmonar y osteomuscular. En caso de sospecha de neumotórax debe solicitarse en espiración forzada. Ocasionalmente, una causa potencial de dolor torácico referido –la pancreatitis– puede producir derrame pleural objetivable en la radiografía. Se debe prestar especial atención en valorar presencia de infiltrados parenquimatosos pulmonares,

SÍNTOMAS GUÍA

imágenes nodulares, masas, derrames pleurales, líneas de neumotórax, elongación aórtica, mediastino ancho y crecimiento de cavidades cardíacas, fundamentalmente.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

Determinaciones analíticas

Algunas, como un hemograma y bioquímica básicos, deben realizarse de forma sistemática. Ante la sospecha de otras patologías causantes del dolor (digestiva, TEP), deberán también incluirse otros parámetros (amilasa, dímero-D, transaminasas, fosfatasa alcalina, LDH...)

Marcadores séricos de necrosis miocárdica

Son sustancias, como las enzimas y proteínas estructurales de las fibras musculares que, en caso de injuria grave de las mismas, pasan al espacio intercelular y a la sangre donde pueden ser detectadas. En dependencia de su distinto grado de sensibilidad, especificidad y valor predictivo pueden indicarnos la presencia de IAM, aún en el caso de que el ECG sea normal. Dichos marcadores son:

- **Mioglobina.** Es el indicador más temprano, ya que sus valores se incrementan a partir de las 2/4 horas del IAM. El pico máximo es a las 12 horas y retorna al estado normal entre las 24 y 36 horas. Como inconvenientes tiene su escaso valor pasadas 6 horas del IAM, su escasa disponibilidad (no se determina en todos los hospitales durante las 24h) y que existe la posibilidad de falsos positivos con inyectables i.m. previos.
- **Troponina T e I.** Se trata de proteínas específicas del sarcómero. Se pueden determinar por método cualitativo o cuantitativo. Se elevan simultáneamente a la CPK, pero permanecen elevadas varios días. Su positividad aparece entre las 4 y 6 horas. Son muy útiles en pacientes con sospecha de enfermedad coronaria aguda con CPK negativo. Tienen una alta sensibilidad y sin demoras. Como elemento a destacar, pueden predecir la necesidad de angiografía y revascularización, así como la evolución a infarto no fatal y muerte cardíaca. Como desventaja tienen su mayor costo y que no son útiles para detectar el reinfarto. La troponina T puede estar elevada falsamente en caso de insuficiencia renal.
- **CPK – Mb.** La determinación es cuantitativa. Comienza a elevarse a las cuatro horas de iniciado el dolor, detectando injuria miocárdica. Tiene como ventajas, el bajo costo y su amplia disponibilidad. De preferencia se debe solicitar CPK² - Mb masa o actividad. Si bien esta prueba continúa siendo la determinación diagnóstica estándar, presenta como desventajas un menor valor pronóstico y mayor demora.

CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA (II)

GOT y LDH

Dada la elevada sensibilidad y especificidad de los marcadores biológicos anteriormente citados, estos dos parámetros comienzan a estar en desuso. No obstante, debe reseñarse que ningún marcador -por sí mismo- es óptimo en todas las situaciones, aunque se realicen determinaciones seriadas. Por esta razón, en la mayor parte de los hospitales se determinan al menos dos de los parámetros anteriormente reseñados (en la mayoría de los centros la CK-MB y las troponinas).

Otros marcadores

En el momento actual parece demostrada la implicación del proceso inflamatorio en el desarrollo de la aterotrombosis coronaria. Probablemente en el futuro sean útiles, en la práctica clínica, otros marcadores.

Gasometría arterial

Informa sobre el intercambio gaseoso, estado ácido-básico y gravedad del paciente. El tromboembolismo pulmonar suele asociarse a hipoxemia, hipocapnia y alcalosis respiratoria; una PaO₂ normal no descarta el diagnóstico.

Otras determinaciones de utilidad para el diagnóstico

- **TAC torácico.** Muy útil en diagnóstico de patología mediastínica, pericárdica y vascular pulmonar (técnica helicoidal). Mejora la sensibilidad diagnóstica de la radiología simple en patologías pleural y pulmonar.
- **Gammagrafía de perfusión o ventilación/perfusión pulmonar.**
- **Ecografía doppler de miembros inferiores.** Diagnóstico rápido y no invasivo de la trombosis venosa profunda de miembros inferiores.
- **Ergometría.**
- **Eco-Stress (farmacológico ó ergométrico).**
- **Coronariografía.**
- **Radiología simple, TAC y ecografía abdominal.**
- **Esofagograma y esofagogastroscofia.**
- **Radiología simple de columna cervical y dorsal.**
- **Ecocardiografía.** Merece reseñar la importancia que está adquiriendo esta técnica no invasiva en la evaluación del dolor torácico, por lo que probablemente pueda implantarse como rutinaria en las áreas de Urgencias en un futuro próximo. El ecocardiograma permite excluir algunas cardiopatías, a veces inaparentes, que pueden provocar dolor anginoso, tales como estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrófica, cardiopatía hipertensiva e hipertensión pulmonar.

SÍNTOMAS GUÍA

Tests terapéuticos

Es un error muy común pensar que el alivio del DT como respuesta a diversos tipos de tratamiento, es útil para determinar su origen. La nitroglicerina puede aliviar el dolor anginoso y también algunas causas no cardíacas de DT como el espasmo esofágico o el dolor psicógeno (por efecto placebo). Por el contrario, el DT tratado con nitroglicerina puede no mejorar si se debe a un IAM y no a una angina, o si su origen no es isquémico. En lo respectivo al dolor esofágico, existen estudios que demostraron que éste sólo se alivió en un 25% de los pacientes que recibieron antiácidos.

Por lo anteriormente expuesto, pensamos que no debería emplearse la respuesta al tratamiento como discriminación en la evaluación inicial del enfermo con dolor torácico agudo.

SEGUIMIENTO COORDINADO AP-AE/DCCU/URGENCIAS HOSPITALARIAS

Tal y como hemos comentado al principio del capítulo, el DT constituye un motivo frecuente de consulta que, por su potencial gravedad y difícil manejo en el ámbito de la Atención Primaria, ocasiona ansiedad e incertidumbre, tanto en los profesionales como en los enfermos que lo padecen. Por éste y otros motivos, que incluso pueden concurrir en el propio medio de Urgencias Hospitalarias, se vienen creando, desde hace varios años en nuestro país y en otros países desarrollados, las denominadas **Unidades de Dolor Torácico**.

Por lo que respecta al manejo de este síndrome, desde el ámbito de la Atención Primaria proponemos un árbol de decisión o algoritmo simple, basado en 3 pilares fundamentales (anamnesis, exploración y ECG) con posibilidad de estudio radiológico, si la sospecha clínica y otros factores ya descritos lo permiten, destinado en primer lugar a un diagnóstico de elevada sospecha y/o certeza de las patologías que pueden poner en peligro la vida del paciente. En estos casos se derivará al paciente sin demora al hospital, si es posible a través de los Dispositivos de Cuidados Críticos (DCCU) quienes, a su vez, mantienen una actividad protocolizada con la red de Emergencias, como en el caso de la patología coronaria aguda. En el resto de los casos se consultará con el facultativo especialista correspondiente, en dependencia de la etiología del proceso (Anexo IV de este capítulo)

ANEXO I

Tabla 1. Principales causas de dolor torácico

Cardiovasculares Isquémicas:

- **Infarto agudo de miocardio, angina**, valvulopatía mitral y aórtica, taquiarritmias y bradiarritmias, miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía hipertensiva, hipertensión pulmonar, anemia grave.

Cardiovasculares No Isquémicas:

- **Pericarditis, aneurisma disecante de aorta**, estenosis aórtica, prolapso de la válvula mitral, miocardiopatía hipertrófica, miocarditis.

Pleuropulmonares y mediastínicas:

- **Tromboembolismo pulmonar (TEP)**, traqueobronquitis aguda, **neumotórax**, pleuritis y pleurodinia, neumonía, mediastinitis, tumores y enfisema mediastínico.

Digestivas:

- Espasmo esofágico, **rotura de esófago**, reflujo GE. *Ulcus* gastroduodenal. distensión gástrica. patología biliar.

Osteomusculares y neurológicas:

- Herpes Zoster, costo condritis (Síndrome de Tietze), distensiones musculares. cervicoartrosis, hernias discales, síndrome del hombro doloroso, neuralgias intercostales

Emocionales:

- Reumatismo psicógeno, dolor torácico agudo idiopático, ansiedad, depresión, síndrome de Da Costa o dolor de mama izquierda.

Dolor Torácico Agudo de causa desconocida.

- (*) Las causas potencialmente graves vienen **resaltadas**

SÍNTOMAS GUÍA

ANEXO II

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de acuerdo a la localización del dolor

<p>Hombro izquierdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor isquémico miocárdico • Dolor pericárdico • Dolor esofágico • Disección aórtica • Lesiones mediastinales • Tromboembolismo pulmonar 	<p>Retroesternal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor isquémico miocárdico • Pericarditis • Absceso subdiafragmático • Pleuresía diafragmática • Enfermedad de la espina cervical • Disección aórtica • Dolor musculoesquelético
<p>Interescapular</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor isquémico miocárdico • Dolor musculoesquelético • Dolor vesicular • Dolor pancreático. • Disección aórtica 	<p>Epigástrico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor isquémico miocárdico • Dolor pericárdico • Dolor esofágico • Dolor gástrico o duodenal • Dolor vesicular • Dolor hepático • Pleuresía diafragmática • Neumonía
<p>Brazo izquierdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor isquémico miocárdico • Dolor de la columna cervical o dorsal 	
<p>Región anterior derecha inferior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor vesicular • Dolor hepático • Absceso subdiafragmático • Pleuresía, neumonía • Úlcera penetrante gástrica o duodenal • Tromboembolismo pulmonar • Miositis aguda 	<p>Región anterior izquierda inferior</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuralgia intercostal • Tromboembolismo pulmonar • Miositis • Neumotorax • Pleuresía • Infarto esplénico • Absceso subdiafragmático.

Estudio del paciente con dolor torácico

ANEXO II (cont.)

Tabla 3. Diagnóstico diferencial del dolor torácico

	Angor	IAM	Dissección Aórtica	Neumotórax	TEP e Infarto	Pericarditis	Mediastinitis
Edad	todas	todas	adultos	todas	adulto (infarto)	todas	todas
Inicio	súbito	súbito	súbito	súbito	súbito	gradual	súbito
Factor desencadenante	estrés físico o emocional, frío, postprandial		HTA		consumo reciente de drogas		vómito
Localización	central	central	central/ espalda	costado	variable	central	central
Irradiación	cuello, mandíbula, hombros, brazos, espalda		igual que Angor y abdomen	variable	variable	costado, cuello espalda, brazo	costado
Calidad	opresivo	lancinante	lancinante	pleurítico	pleurítico	pleurítico	pleurítico
Perfil	isquémico	isquémico			opresivo		lancinante
Intensidad	leve-moderado - intenso: puede ser útil puntuando de 1-10, para ir realizando comparaciones evolutivas. En diabéticos y ancianos la cardiopatía isquémica puede no doler.						
Duración	2-20	> 30'	> 30'	prolongado	prolongado	prolongado	prolongado
Agravantes	esfuerzo			respiración tos	respiración tos	respiración tos, decubito deglución	respiración tos
Atenuantes	reposo, nitroglicerina, maniobras vagales			reposo		sentado delante	
Antecedentes	FRCV		HTA arteriosclerosis Marfan, lúes	EPOC bullas, traumatismo fumador	varices, flebitis, obesidad, reposo postcirugía	infección respiratoria	vómito cirugía, endoscopia
Síntomas y signos	disnea brusca	disnea brusca, palidez, sudoración náuseas	dolor abdominal focalidad neurológica	disnea brusca	disnea brusca, fiebre, hemoptisis, flebitis	disnea progresiva fiebre	fiebre
Exploración física	Cuarto ruido o soplo sistólico mitral		soplo diastólico aórtico	abolición murmullo vesicular, timpanismo	variable	roce pericárdico hipotensión	

(Adaptado de: Real MA, Fernández ME, Imaz M, Calvo E, Abreu MA. Atención a urgencias en un centro de salud. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F. Manual de Metodología de Trabajo en Atención Primaria. Madrid: Jarpyo Editores. 1997, p. 1382-1383.)
IAM: Infarto agudo de miocardio, TEP: tromboembolismo pulmonar, HTA: hipertensión arterial, FRCV: factores de riesgo cardiovascular, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

SÍNTOMAS GUÍA

ANEXO III

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES/ PERFILES DE DOLOR TORÁCICO

Perfil coronario

- Generalmente retroesternal, también en precordio. Irradiación variable, aunque es más frecuente a cara anterior del tórax, miembros superiores, región interescapular.
- Opresivo; agudo; como disconfort; quemazón.
- Es de evolución progresiva.
- La duración es variable, normalmente desde 1 a 10 minutos en la angina hasta más de 30 minutos en Infarto Agudo de Miocardio.
- Se acompaña de síntomas vegetativos, en la mayoría de los casos.
- Como factores desencadenantes se observan todos los que aumenten el consumo de oxígeno (anemia, hipertiroidismo, insuficiencia respiratoria..).
- El dolor puede ceder con el reposo y con la toma de nitritos sublinguales.
- Es importante tener en cuenta que, en el paciente geriátrico, el evento coronario agudo cursa, en ocasiones, sin dolor. También hay que mencionar que, conforme va aumentando la edad, la patología isquémica coronaria, se va igualando en hombres y en mujeres.
- **NO es la causa más frecuente.**

Perfil pericárdico

- De localización más frecuente precordial y retroesternal. Puede tener características parecidas al isquémico.
- Dolor sincrónico con los latidos cardíacos.
- Mejora inclinándose hacia delante. Aumenta con la inspiración profunda y con la tos. Es intenso y agudo, la duración es continua desde el inicio.
- En la mayoría de los casos hay antecedentes de infección respiratoria previa o de una enfermedad del tejido conectivo.
- A la exploración se ausculta frecuentemente un roce pericárdico, que es diagnóstico.
- Se alivia con antiinflamatorios, sedestación y el decúbito prono.
- Puede asociarse a taponamiento cardíaco. La Rx de tórax es importante para valorar la presencia de derrame pericárdico.
- Las causas más probables son: pericarditis aguda, infección respiratoria, traumatismo, neoplasia, enfermedades del tejido conectivo.

Perfil pleurítico

- Se localiza en costado o difusamente en tórax. Pleura mediastínica: Región retroesternal y cuello. Pleura diafragmática: En el límite toracoabdominal con irradiación a cuello y hombro.

Estudio del paciente con dolor torácico

- Es punzante, de inicio variable. Intenso en el Neumotórax.
- Aumenta con la tos, la inspiración, estornudo, flexión y extensión de la columna dorsal.
- A veces inmoviliza el tórax afecto.
- El decúbito, sobre el tórax afecto, lo puede aliviar.
- Se acompaña de tos y de disnea, y, a veces, de cortejo neurovegetativo, taquicardia, cianosis, fiebre y hemoptisis.
- Debe valorarse hipoxemia en todos los pacientes.
- La radiología de tórax es muy importante para el diagnóstico.
- Las causas más frecuentes son: tromboembolismo pulmonar, neumotórax, derrame pleural, neumonías, bronquiectasias infectadas, traqueobronquitis, tumores pleurales y procesos mediastínicos.

Perfil de tromboembolismo pulmonar (TEP)

- Puede localizarse en región torácica lateral e irradiarse a resto del tórax, cuello y hombro.
- La disnea suele ser más marcada que el dolor por lo que, generalmente, debe hacerse un diagnóstico diferencial con la insuficiencia cardíaca.
- El dolor puede ser de características isquémicas, pleuríticas y mecánicas. A veces, puede ser indoloro.
- El dolor es de inicio súbito. Disminuye de forma progresiva. La duración puede ser desde horas hasta días.
- Puede aparecer disnea, tos, hemoptisis, taquipnea, ansiedad, fiebre, hasta hipotensión o shock y muerte súbita.
- La gasometría es importante para el diagnóstico.
- Es consecuencia de una trombosis venosa profunda (generalmente de miembros inferiores) y son factores predisponentes los encamamientos prolongados, postoperatorio de cirugía pélvica u osteoarticular, neoplasias, ICC, obesidad, embarazo y toma de anticonceptivos orales.

Perfil de disección aórtica

- La localización del dolor puede ser sugestiva del sitio de disección: más frecuentemente de localización posterior (interescapular), por disección de aorta descendente, en la parte anterior del tórax si es de aorta proximal.
- De instauración más brusca que el isquémico, empeora durante la noche.
- De intensidad máxima desde el comienzo y de tipo desgarrador (lancinante).
- Dolor muy intenso, puede ser migratorio desplazándose a cuello, espalda y flancos.
- Se puede asociar a síncope, insuficiencia aórtica (soplo diastólico), ACV, ICC, agitación.
- Frecuente en mayores de 40 años con antecedentes de hipertensión arterial. También en pacientes con síndrome de Marfan.

SÍNTOMAS GUÍA

- Afecta más al varón que a la mujer.
- La asimetría, debilidad o ausencia de pulsos periféricos debe hacernos pensar en la posibilidad de disección aórtica.
- El enfermo presenta con frecuencia aspecto de gravedad. La disección más frecuente es la de aorta ascendente (y la más grave).
- La TA entre los dos brazos puede ser llamativamente diferente.
- En la Rx de tórax suele encontrarse ensanchamiento mediastínico.

Perfil esofágico/digestivo

- Localización retroesternal, irradia a la espalda más frecuentemente que el dolor de origen coronario.
- Es la causa extracardíaca más confundida con el dolor isquémico (el esófago y la vesícula biliar comparten las mismas fibras sensitivas que el corazón, por lo que el dolor puede simular a la perfección un dolor isquémico).
- Es urente, constrictivo, como quemazón retroesternal.
- Aumenta con el decúbito, la deglución y las maniobras de Valsalva.
- Puede tener desde un inicio súbito hasta progresivo. Dura desde segundos hasta horas. Inicialmente suele ser muy agudo durante unos minutos o una hora, y luego persiste como un dolor sordo durante horas.
- Las principales alteraciones esofágicas responsables de dolor anginoso son el reflujo gastroesofágico (50% de los casos), las alteraciones de la motilidad (24%) o ambos conjuntamente (24%).
- Antecedentes de ingesta de bebidas alcohólicas, bebidas frías, comidas copiosas, ingesta de AINES, reflujo o disfagia.
- El dolor por reflujo gastroesofágico aparece después de las comidas, tras la ingestión de café y se acentúa al acostarse, suele despertar al paciente por la noche y puede asociar tos. Los pacientes suelen ser obesos y refieren alivio del dolor con la comida, antiácidos o la elevación de la cabecera.
- El espasmo esofágico se alivia con los nitritos y los antagonistas del calcio, pero de forma más lenta que el dolor isquémico.
- Las úlceras gástricas que asientan en cardias pueden producir dolor torácico central, anterior y bajo con irradiación lateral.
- La pancreatitis puede simular un infarto de miocardio, pero debemos pensar en ella si existen antecedentes de alcoholismo o enfermedad de la vía biliar; el dolor predomina en epigastrio, irradia a espalda y es sensible a los cambios de posición.
- La colecistitis crónica puede manifestarse por crisis recurrentes de dolor epigástrico de preferencia nocturno; el enfermo anda por la habitación en lugar de estar quieto, como ocurre en la angina.
- El estudio del esófago puede ser positivo en el 60% de los casos de coronariografías normales con angor típico o atípico.

Estudio del paciente con dolor torácico

Perfil osteomuscular

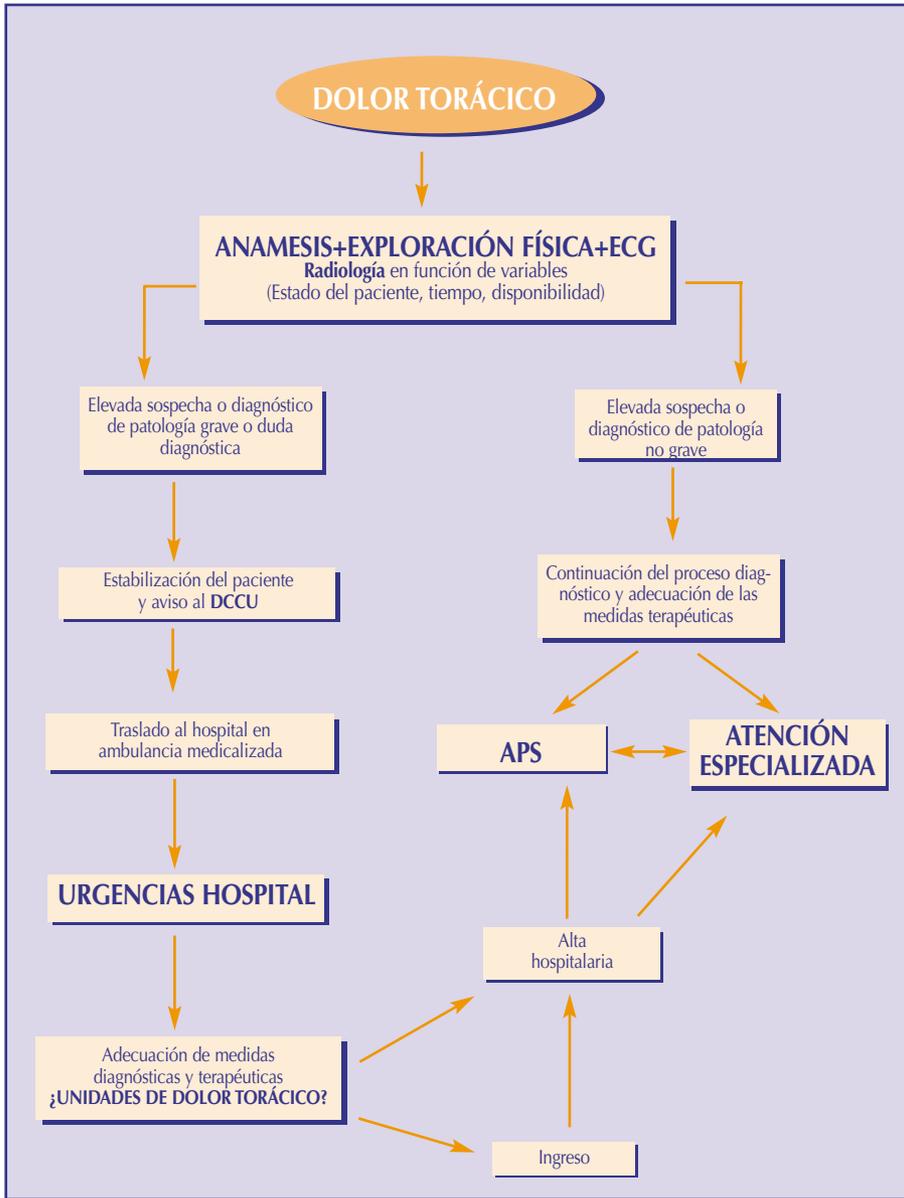
- **Es la causa más frecuente de dolor torácico.**
- Es punzante en los episodios agudos y sordo en los crónicos. De intensidad variable.
- Suele haber traumatismos leves recientes. A tener en cuenta son las fracturas costales en los pacientes ancianos, por su frecuencia, y que a veces ocurren de forma espontánea.
- No se acompaña de síntomas vegetativos.
- Hay puntos álgidos que se desencadenan con la presión o la movilización. Aumenta con la respiración profunda y con los movimientos.
- Se alivia con el calor local, reposo y analgésicos.
- El dolor a la presión o provocado por determinados movimientos del tórax, del cuello o de los brazos, es propio de las costocondritis (síndrome de Tietze), de los traumatismos, de las fracturas de costillas, de las molestias musculares de la pared, de la artropatía o de la radiculopatía cervical o torácica.
- El herpes zoster en la fase preruleptiva puede provocar dolores intensos en uno o en varios dermatomas de difícil interpretación. Se confirma con la aparición de la erupción herpética típica cuatro o cinco días después.

Perfil psicógeno

- Es un dolor atípico, inespecífico, que no se ajusta a ninguno de los anteriores. A veces es permanente, opresivo, quemazón, etc.
- Antecedentes de ansiedad, depresión, neurosis.
- Suele localizarse en la punta cardíaca, en hemitórax izquierdo o sobre el corazón.
- Puede asociarse a sensación disneica, sudoración, palpitaciones, hiperventilación.
- Nunca despierta al paciente.
- Mejora con placebos.
- **Muy frecuente.**

SÍNTOMAS GUÍA

ANEXO IV



BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.fac.org.ar/scvc/lave/guiafac/bono1/castelle.htm#T1A>
2. <http://www.medynet.com/elmedico/aula2002/tema3/toracicoangina.htm#1>
3. Bassan,R y Brian Gibler,W Rev Esp Cardiol 2001; 54: 1103-1109
4. http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=acceso_procesos
5. Lee TH, Godman L. Evaluation of the patient with acute chest pain. N Eng J Med 2000; 342: 1187-95.