



# Dolor torácico

B. La Combe, R. Borie

*El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente. Tienen orígenes muy diversos. Pueden plantear dificultades clínicas por la ausencia de paralelismo entre la magnitud del dolor y la gravedad de la enfermedad subyacente y también por la gran variedad de las etiologías intra y extratorácicas. Es importante buscar signos de gravedad para descartar las urgencias potencialmente mortales, entre las que destacan el síndrome coronario agudo, la embolia pulmonar y la disección aórtica. En segundo término, corresponde buscar los síntomas compatibles con un dolor pleural, ya que el neumotórax completo compresivo supone una urgencia terapéutica. Sólo después de haber excluido estas causas principales se consideran las restantes, entre ellas los dolores pleurales por pleuresía o neumopatía, los dolores osteoarticulares (fractura de costilla, síndrome de Tietze), los dolores neurológicos (neuropatía, neuralgias intercostales, síndrome de Cyriax), los dolores esofágicos (reflujo gastroesofágico, espasmo esofágico) y los dolores proyectados de origen abdominal (enfermedad hepática, vesicular o pancreática). Al diagnóstico de dolor psicógeno se llega por eliminación. Mediante preguntas adecuadas y una buena exploración física a menudo se logra orientar el diagnóstico. Las pruebas con mejores prestaciones para explorar un dolor torácico siguen siendo el electrocardiograma y la radiografía de tórax. Luego puede ser necesario realizar algunas otras. Cuando un paciente de más de 40 años con factores de riesgo cardiovascular presenta un dolor anginoso típico, se debe determinar sistemáticamente la troponina. Existen estrategias de decisión validadas que se basan en escalas, sobre todo en la embolia pulmonar.*

© 2012 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Dolor torácico; Síndrome coronario agudo; Embolia pulmonar; Neumotórax; Disección aórtica

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Interrogatorio</b>	1
Anamnesis	1
Descripción del síntoma dolor	2
■ <b>Exploración física</b>	2
■ <b>Pruebas complementarias</b>	2
Electrocardiograma	2
Laboratorio	2
Pruebas de imagen	2
Paciente ambulatorio	3
■ <b>Etiología</b>	3
Urgencias que comprometen el pronóstico vital	3
Otros dolores torácicos	6
■ <b>Conclusión</b>	8

## ■ Introducción

Los dolores torácicos son un motivo de consulta extremadamente frecuente. Dado su carácter subjetivo y, por tanto, la falta de paralelismo entre la magnitud del dolor y la gravedad del cuadro, pueden ser difíciles de analizar.

Se empieza por descartar una urgencia vital (infarto de miocardio, disección aórtica, embolia pulmonar, neumotórax, pericarditis). La anamnesis con descripción del dolor y la exploración física resultan imprescindibles para distinguir entre un dolor agudo y uno crónico y para identificar las situaciones que requieren una hospitalización urgente.

## ■ Interrogatorio

### Anamnesis

El interrogatorio, etapa esencial, sirve antes que todo para precisar:

- la edad del paciente;
- sus factores de riesgo vascular;
- sus antecedentes, sobre todo cardiovasculares y pulmonares;
- el contexto de aparición.

Por ejemplo, se sospecha un origen coronario en un paciente con enfermedad vascular, un neumotórax en un paciente longilíneo y fumador y una embolia pulmonar cuando existe un contexto de neoplasia, obesidad, reposo prolongado, cirugía reciente o antecedentes tromboembólicos.

## Descripción del síntoma dolor

El interrogatorio también precisa:

- las circunstancias en que ha aparecido el dolor; el ángor suele aparecer en correspondencia con un esfuerzo; las fracturas costales pueden deberse a un traumatismo;
- el modo de instauración: agudo, rápidamente progresivo;
- el tipo de dolor: sensación de puñalada (origen pleural), opresión, «peso en el pecho» (cardíaco), ardor (reflujo gastroesofágico);
- la localización: retroesternal (origen cardíaco), mediastínico o laterotorácico (origen pleural o parenquimatoso);
- las irradiaciones del dolor: hacia los miembros superiores, el cuello y la mandíbula (origen coronario); penetrante (disección aórtica, pancreatitis); en correspondencia con un trayecto intercostal (neurógeno);
- la intensidad: el dolor de la disección aórtica es atroz desde el primer instante. Los dolores pleurales pueden ser intensos;
- la variabilidad: la inspiración exacerba los dolores de origen pleural o pericárdico. La anteflexión alivia el dolor de la pericarditis e intensifica el del reflujo gastroesofágico. La tos aumenta los dolores pleurales, vertebrales y parietales. La ingesta marca el ritmo de los dolores esofágicos;
- la duración y la evolución del dolor;
- los signos asociados: alteración del estado general, disnea, tos, hemoptisis, fiebre, escalofríos, vómitos, disfagia, síncope, lipotimia.

Sin embargo, conviene recordar que puede haber dolores atípicos. El enfoque clínico dependerá de la evolución de los síntomas, aunque la distinción entre dolores torácicos agudos y crónicos sea arbitraria. Se considera agudo un dolor que está presente desde unos minutos o unas horas atrás; a la inversa, se califica de crónico al dolor que dura semanas o meses; resulta difícil clasificar los dolores que existen desde tan sólo unos días.

## ■ Exploración física

La primera etapa de la exploración física es la búsqueda de signos de gravedad:

- signos de shock, cutis marmorata, hipotensión arterial;
- signos de sufrimiento respiratorio, polipnea, cianosis;
- lipotimia, síncope.

Se averigua si el paciente ha presentado o presenta signos generales (fiebre, escalofríos, sudoración).

Se buscan signos cardiovasculares:

- insuficiencia ventricular derecha, trombosis venosa (que orientaría hacia el diagnóstico de embolia pulmonar o de taponamiento);
- asimetría tensional, ausencia de pulso (que orientaría hacia el diagnóstico de disección aórtica);
- roce pericárdico (pericarditis);
- soplo diastólico de insuficiencia aórtica (orientaría hacia una disección aórtica);
- soplo sistólico de insuficiencia mitral (compatible con una ruptura de pilar tras un infarto de miocardio);
- síndrome de la cava superior (edema facial, turgencia yugular, circulación venosa colateral) que orientaría hacia el diagnóstico de tumor mediastínico.

Se buscan signos respiratorios:

- estertores crepitantes característicos de una neumopatía;
- disminución del murmullo vesicular y matidez compatibles con una pleuresía;
- disminución del murmullo vesicular y timpanismo propios de un neumotórax.

Se buscan signos neurológicos:

- un síndrome de Claude Bernard-Horner (asociación de miosis, ptosis y enoftalmia), generalmente provocado por un tumor apical o mediastínico que compromete el sistema nervioso simpático cervical;
- una hemiplejía, posible en las disecciones aórticas.

Se buscan signos cutáneos: las vesículas en un territorio de inervación sensitiva son características del zóster.

Se buscan signos parietales: adenopatías supraclaviculares o axilares propias de una lesión tumoral. La reproducción del dolor al comprimir la zona dolorosa orienta el diagnóstico hacia un origen parietal, aunque no de manera específica.

## ■ Pruebas complementarias

Si no hay signos clínicos de gravedad, el paciente no presenta antecedentes coronarios ni factores de riesgo para una enfermedad tromboembólica y se trata de un dolor torácico aislado, breve (unos segundos) y en ocasiones reproducible por palpación de la pared torácica, las pruebas complementarias suelen resultar inútiles. Estos dolores a menudo tienen un origen parietal o funcional.

Las dos pruebas complementarias con mejores prestaciones para la orientación diagnóstica son la radiografía de tórax y el electrocardiograma (ECG). Las demás pruebas deben realizarse según el contexto clínico del paciente, los datos anamnésticos, la exploración física y los resultados del ECG y la radiografía de tórax.

### Electrocardiograma

El ECG sigue siendo una prueba de muy alto valor para los fines del diagnóstico <sup>[1]</sup>.

- Un descenso del segmento ST hace sospechar un infarto de miocardio si es convexo hacia arriba, se localiza en un territorio coronario y presenta imágenes «en espejo». Un bloqueo de rama izquierda no conocido hasta entonces también puede revelar una isquemia miocárdica.
- Un descenso cóncavo hacia arriba, circunferencial, de voltaje mínimo y asociado a un descenso del segmento PQ es compatible con una pericarditis.
- La embolia pulmonar generalmente se manifiesta por una taquicardia sinusal. Con menor frecuencia se encuentra una desviación hacia la derecha del eje del corazón, un bloqueo de rama derecha, una imagen de S1Q3 y ondas T negativas de V1 a V4. Es esencial recordar que el ECG puede resultar normal en la enfermedad tromboembólica.

### Laboratorio

Siempre que un dolor parezca tener origen coronario se justifica solicitar una determinación de las enzimas cardíacas. La troponina se eleva 4-6 horas después del comienzo de la isquemia miocárdica, las creatinas fosfoquinasas (CPK) lo hacen a la 6.<sup>a</sup> hora y la mioglobina aumenta y se negativiza precozmente, por lo que carece de interés. En la fase muy precoz del infarto, el nivel de la troponina es normal, pero no así el ECG, cuyo trazado basta para establecer el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

La presencia de una hipoxemia o de una disnea obliga a medir los gases en sangre. Una embolia pulmonar puede manifestarse por una hipoxemia con efecto *shunt* (presión parcial de oxígeno en sangre arterial [PaO<sub>2</sub>] + presión parcial de gas carbónico en la sangre arterial [PaCO<sub>2</sub>] < 120 mmHg).

Los dímeros D pueden resultar útiles si se sospecha una embolia pulmonar, ya que gracias a su excelente valor predictivo negativo sirven para descartar el diagnóstico de embolia pulmonar. En cambio, su valor predictivo positivo es escaso y no resultan útiles para establecer el diagnóstico de enfermedad tromboembólica (Fig. 1).

### Pruebas de imagen

De cara a un dolor torácico se utiliza muy a menudo la radiografía de tórax, salvo cuando se trata de un dolor inespecífico o sin carácter de urgencia <sup>[2]</sup>.

En tales casos de considera que existen otros medios para tranquilizar al paciente.

La ecografía transtorácica (ETT) sirve para:

- evaluar la repercusión de una embolia pulmonar en fase aguda sobre las cavidades derechas;
- calcular la gravedad de una pericarditis;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465486>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465486>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)