



Angina estable

A. Carbonell San Román, T. Segura de la Cal y J.L. Zamorano Gómez

Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Angina
- Isquemia
- Detección de isquemia miocárdica
- Estratificación de riesgo

Key words:

- Angina pectoris
- Inducible ischaemia
- Detection of myocardial ischemia
- Risk stratification

Resumen

La aterosclerosis de las arterias coronarias es la causa más frecuente de cardiopatía isquémica crónica. Los episodios reversibles de isquemia miocárdica pueden cursar de forma sintomática mediante angina, un dolor torácico opresivo, generalmente desencadenado por el ejercicio y que cede con el reposo o los nitratos. En el diagnóstico de sospecha resulta clave la sintomatología clínica, no obstante se dispone de un amplio abanico de pruebas diagnósticas tanto invasivas como no invasivas que permiten la demostración de isquemia o la visualización de la anatomía coronaria. Este conjunto de herramientas permiten llegar a un diagnóstico de certeza de cardiopatía isquémica, permitiendo una correcta estratificación del riesgo cardiovascular, que permite la planificación de la estrategia terapéutica.

Abstract

Stable angina

Atherosclerosis of coronary arteries is the major cause of obstructive coronary artery disease. Angina pectoris is the clinical presentation of reversible episodes of myocardial ischaemia, usually described as chest discomfort, triggered by exercise which improves at rest or after nitroglycerine. Clinical manifestations are the key the diagnosis, although there is a wide range of invasive and non-invasive tests for demonstration of myocardial ischaemia or visualization of the coronary anatomy. These techniques help in the diagnosis of obstructive coronary artery disease, allowing the correct risk stratification, thus permitting an appropriate therapeutic strategy.

Concepto

La angina estable es un síndrome clínico debido a episodios reversibles de isquemia miocárdica. Los episodios de isquemia se pueden asociar con malestar precordial o angina de pecho que aparece con el ejercicio o el estrés emocional y que ceden con el reposo o con nitroglicerina. La causa más frecuente es la arteriosclerosis coronaria. Además del estrechamiento de los vasos ateroscleróticos, las alteraciones funcionales de la circulación, como son la disfunción microvascular y el vasoespasma coronario pueden generar isquemia miocárdica.

Factores desencadenantes

La angina consecuencia de isquemia miocárdica es causada por una descompensación entre los requerimientos miocárdicos de oxígeno y el aporte de oxígeno que el miocardio recibe. Pueden aumentar los requerimientos de oxígeno el aumento de la frecuencia cardiaca, el estrés parietal del ventrículo izquierdo o el aumento de la contractilidad, mientras que el aporte depende del flujo sanguíneo coronario y del contenido arterial de oxígeno.

Los episodios de isquemia miocárdica son reversibles, generalmente inducibles y reproducibles, aunque pueden

ocurrir de forma espontánea. Los síntomas no reflejan con precisión la magnitud de la enfermedad coronaria subyacente, de manera que pueden encontrarse completamente asintomáticos pese a la presencia de isquemia¹.

El mecanismo subyacente de la angina estable se relaciona con lesiones estructurales o funcionales estables de las arterias epicárdicas y/o la microcirculación con síntomas relativamente estables a lo largo del tiempo. De manera que en determinados pacientes la angina se precipita por un incremento fijo en la demanda miocárdica de oxígeno, siendo la cantidad de esfuerzo físico que genera angina predecible y constante. En otros, el umbral de angina puede variar considerablemente, incluso a lo largo de un mismo día, al añadirse un componente dinámico de estenosis por vasoconstricción localizada o difusa a nivel de las arterias epicárdicas o los vasos más distales. Son factores precipitantes el estrés, las emociones, el ejercicio o la temperatura ambiente. Por estos motivos puede precipitarse la angina en reposo, independientemente de que el origen sea a nivel epicárdico o microvascular.

Manifestaciones clínicas

La historia clínica del paciente sigue siendo fundamental en el diagnóstico de angina de pecho. En la mayor parte de los casos es posible el diagnóstico seguro sólo con la historia clínica, no obstante, el examen físico y las pruebas objetivas son necesarias para confirmar el diagnóstico, excluir diagnósticos alternativos y valorar la magnitud de la enfermedad subyacente.

El malestar que genera la isquemia miocárdica tiene cuatro propiedades fundamentales: la localización, el carácter, la duración y su relación con el ejercicio u otros factores que exacerban o atenúan la angina.

Se suele *localizar* en el pecho, cerca del esternón, pero puede variar su localización desde el epigastrio, hasta la mandíbula o los dientes, entre las escápulas o en los dos brazos.

Sobre el *carácter* o cualidad del dolor, se describe como opresión, tensión, pesadez, constricción, quemazón o sensación de estrangulamiento. La intensidad de la angina puede ser muy variable y no se relaciona con la magnitud de la enfermedad coronaria subyacente. Puede acompañarse de sensación de falta de aire u otros síntomas menos específicos como son el cansancio, náuseas, eructos, ansiedad o inquietud, desfallecimiento o sensación de muerte inminente. La falta de aire puede ser el único síntoma, siendo en ocasiones indiferenciable al causado por enfermedad broncopulmonar.

La *duración* del malestar es breve, generalmente menor de 10 minutos, sin embargo un dolor precordial de segundos de duración es poco probable que se deba a angina.

Una característica importante es la *relación con el ejercicio* o el estrés emocional. Típicamente los síntomas aparecen o se acentúan con progresivo esfuerzo físico, como al caminar subiendo una cuesta o contra viento frío y desaparecen rápidamente en minutos al ceder la actividad. Tras una comida pesada o a primera hora de la mañana también es típico que se acentúen los síntomas. Los nitratos orales o sublinguales alivian rápidamente la angina.

La *angina atípica* suele ser similar en localización y carácter cediendo con nitratos pero sin factores precipitantes. Se suele describir como un solo episodio de intensidad creciente que alcanza un máximo en 15 minutos para después ceder paulatinamente. Este tipo de descripción debe sugerirnos la presencia de *vasoespasmo coronario*.

Otra presentación atípica es aquella de la *angina microvascular*, cuya localización y carácter son similares, se desencadena con el esfuerzo pero presenta una pobre respuesta a nitratos. Los pacientes con enfermedad microvascular refieren con frecuencia disnea de esfuerzo que se asocia a episodios de angina en reposo sin que éstos supongan una inestabilización de la angina.

El *dolor no anginoso* carece de las características descritas afectando sólo a una pequeña porción de uno de los dos hemitórax, con duración de horas o incluso días. No se alivia con nitratos (salvo en el caso del espasmo esofágico difuso) y se reproduce a la palpación.

Pese a la diferenciación clínica de los distintos tipos de angina, las manifestaciones son suficientemente variables, incluso en un mismo paciente, como para necesitar realizar pruebas de detección de isquemia o vislumbrar la anatomía coronaria para obtener un diagnóstico de certeza y así distinguir la enfermedad funcional de la anatómica (tabla 1).

Una manera de valorar el grado de angina es la clasificación de la Sociedad Canadiense de Cardiología (CCS) (tabla 2). Cuantifica el umbral de esfuerzo que desencadena la angina, pudiendo existir simultáneamente angina en reposo, por la posibilidad de una asociación de vasoespasmo coronario.

En la exploración física del paciente con angina de pecho es importante determinar o sospechar la presencia de anemia, hipertensión, enfermedad valvular o miocardiopatía obstructiva. Debe valorarse el índice de masa corporal (IMC), la presencia de enfermedad vascular periférica u otras comorbilidades. Durante un episodio de isquemia miocárdica, o inmediatamente después puede auscultarse un tercer o cuarto ruido o un soplo de insuficiencia mitral, sin embargo no son específicos de la angina.

TABLA 1
Clasificación clásica del dolor torácico

Angina típica
Cumple 3 características:
Malestar retroesternal
Desencadenada por el ejercicio o estrés emocional
Cede con el reposo o con nitratos
Angina atípica (probable)
Cumple 2 de las 3 características
Dolor torácico no anginoso
Solo cumple una característica

TABLA 2
Clasificación de angina de la Sociedad Canadiense de Cardiología

Clase I	La actividad física ordinaria no desencadena angina, sólo la actividad extrema o un ejercicio prolongado
Clase II	Ligera limitación en la actividad diaria
Clase III	Marcada limitación en la actividad diaria
Clase IV	Imposibilidad de realizar ninguna actividad sin dolor torácico o angina de reposo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806888>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806888>

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