



Angina estable

B. Santos González*

Servicio de Cardiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

Palabras Clave:

- Angina
- Enfermedad coronaria
- Detección de isquemia miocárdica
- Estratificación del riesgo

Keywords:

- Angina
- Coronary heart disease
- Detection of myocardial ischaemia
- Risk stratification

Resumen

Definición y manifestaciones clínicas. La angina crónica estable es una manifestación común de la enfermedad coronaria, siendo esta última la principal causa de muerte en el mundo. La presencia de angina crónica estable aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares mayores, de ahí la importancia de su detección y tratamiento. La angina es tradicionalmente definida como un dolor retroesternal de menos de diez minutos de duración, desencadenado por el ejercicio o situaciones de estrés que cede con el reposo o con nitroglicerina.

Diagnóstico y evaluación. Es importante realizar un diagnóstico correcto, donde es clave la historia clínica; sin embargo, se dispone de un gran número de técnicas diagnósticas tanto invasivas como no invasivas para su correcta detección, que permiten la demostración de isquemia o la visualización de la anatomía coronaria.

Estratificación del riesgo. Tan importante es la realización de un diagnóstico correcto, como el efectuar una adecuada estratificación del riesgo, ya que este proceso sirve para proporcionar una información adecuada sobre el pronóstico y para planificar la actitud terapéutica más adecuada.

Abstract

Stable angina

Definition and clinical signs. Chronic stable angina is a common sign of heart disease, which is the primary cause of death worldwide. The presence of chronic stable angina increases the risk of greater cardiovascular events, and thus the importance of their detection and treatment. Angina is traditionally defined as a retroesternal pain lasting for at least 10 minutes, triggered by exercise or stressful situations and which recedes when resting or with nitroglycin medication.

Diagnosis and evaluation. It is important to reach an accurate diagnosis, with medical records being crucial. However, there are a great number of diagnostic techniques which are both invasive and non invasive for accurate detection, and which show ischaemia or provide imaging of coronary anatomy.

Risk stratification. It is important to both obtain an accurate diagnosis and complete an appropriate risk stratification, since this process serves to provide the right information about prognosis and to plan the most suitable therapeutic approach.

Definición

La angina es la presentación inicial en aproximadamente la mitad de los pacientes que tienen enfermedad coronaria¹. El término de angina estable (AE) se define como un dolor o malestar opresivo, típicamente retroesternal, que puede irradiarse a hombros, cuello, mandíbula o brazos, que cede

con el reposo o nitratos en menos de diez minutos, normalmente provocado por el ejercicio, el estado emocional o el estrés y son reproducibles, aunque también pueden ocurrir espontáneamente. Se caracteriza generalmente por episodios de isquemia miocárdica causados por un desajuste reversible de la demanda/aporte miocárdico, relacionados con isquemia o hipoxia. En la forma típica, la enfermedad coronaria obstructiva es la causa más común, pero pueden ser debidas también a vasoespasmos coronarios o a disfunción microvascular.

*Correspondencia

Correo electrónico: belensantosgonzalez@gmail.com

Etiopatogenia y fisiopatología

La AE puede tener varias presentaciones clínicas debido a que son varios los mecanismos subyacentes. La principal causa es la estenosis de arterias epicárdicas. También puede ser debida a espasmo focal o difuso de arterias sanas o con enfermedad aterosclerótica (angina vasoespástica), disfunción microvascular (angina microvascular) o a una disfunción ventricular izquierda causada por necrosis miocárdica aguda previa o hibernación (miocardiopatía isquémica). Estos mecanismos pueden actuar individualmente o en combinación y pueden también cursar de forma silente. En el caso de que produzca clínica, esta se suele caracterizar porque los síntomas son relativamente estables a lo largo del tiempo. Son factores precipitantes el estrés, las emociones, el ejercicio o la temperatura ambiente.

La aterosclerosis coronaria es una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por el remodelado y estrechamiento de las arterias coronarias que transportan el oxígeno al corazón. Tiene una etiopatogenia compleja y un origen multifactorial en relación con factores ambientales como la dieta, el tabaco, el ejercicio físico, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y factores genéticos.

Brevemente, la aterosclerosis es un proceso crónico silente progresivo caracterizado por la acumulación de lípidos, elementos fibrosos y moléculas inflamatorias en las paredes de las grandes arterias². El proceso comienza con el flujo de las partículas de lipoproteínas de baja densidad al espacio subendotelial que favorece la adhesión de monocitos. Los monocitos se diferencian a macrófagos en la íntima media³, y dan lugar a la formación de las conocidas como células espumosas, que tienen actividad proinflamatoria, con liberación de citoquinas. El resultado final es la formación de la placa aterosclerótica y un estado inflamatorio crónico. Este proceso continúa con la migración de las células del músculo liso de la capa media de la arteria a la íntima, con el resultado de una lesión más compleja. Se produce la liberación de moléculas al espacio extracelular, creando un tapón fibroso que cubre la lesión original que deviene en placa fibrosa.

El engrosamiento de esta placa fibrosa es la llave para el mantenimiento de la integridad de la placa aterosclerótica⁴; dos tipos de placas pueden ser definidos dependiendo del balance entre su formación y degradación. Las placas estables tienen una capa fibrosa intacta. La protrusión de esta placa en la luz de la arteria produce una estenosis que limita el flujo, conduciendo a isquemia tisular y normalmente a AE. Las placas vulnerables se caracterizan por un gran núcleo necrótico con remodelado positivo y un delgado tapón fibroso con infiltración de células inflamatorias. La ruptura o erosión de esta placa con la consiguiente formación de trombo es la responsable de la oclusión de la arteria epicárdica con el consiguiente síndrome coronario agudo (SCA)⁵.

Manifestaciones clínicas

Una historia clínica obtenida de manera cuidadosa es la clave para establecer el diagnóstico correcto de la AE y para poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial del dolor torá-

cico. Las características del dolor, su localización, duración, factores desencadenantes y síntomas asociados, valorados conjuntamente, conducen con frecuencia al mismo. Sin embargo, el examen físico y las pruebas complementarias son necesarios para confirmar el diagnóstico, excluir diagnósticos alternativos y estratificar el riesgo.

En relación con el carácter, se puede describir como una opresión, presión, aplastamiento, estrangulamiento, escozor torácico, entre otros. En otros pacientes, la calidad de la sensación es más anodina y descrita como una moderada sensación de presión o malestar general. Los «equivalentes anginosos» hacen referencia a síntomas de isquemia miocárdica diferentes a los referidos como disnea, debilidad, fatiga y eructos, especialmente frecuentes en pacientes de mayor edad. La disnea de reposo, o con el esfuerzo, puede ser una manifestación de una isquemia grave que produzca aumento en la presión de llenado ventricular.

El punto donde se localizan habitualmente las molestias es retroesternal pero suele irradiarse con frecuencia hacia el hombro, el borde interno del brazo izquierdo, la espalda y la región mandibular. El dolor epigástrico, aislado o asociado a la opresión precordial, no es raro.

En relación con la duración, el episodio típico de angina comienza de forma gradual y, en un período de algunos minutos, alcanza su máxima intensidad para desaparecer posteriormente. Es raro que la angina alcance su máxima gravedad en unos segundos, siendo característico que los pacientes prefieran permanecer en reposo, sentados o detenerse caminando.

La molestia precordial desencadenada por la deambulación en ambientes fríos, en pendientes o después de una comida sugiere angina.

La angina típica se alivia en unos minutos con el reposo o con la utilización de nitroglicerina. A menudo, la respuesta a la nitroglicerina constituye una herramienta útil diagnóstica, aunque debe recordarse que el dolor esofágico y el de otros síndromes pueden también responder a la nitroglicerina. Una respuesta a la nitroglicerina o al reposo que se demore más de 5 o 10 minutos sugiere que los síntomas no sean debidos a una isquemia o, por el contrario, obedezcan a una isquemia grave como infarto agudo de miocardio (IAM) o angina inestable (AI). El fenómeno de angina «al primer esfuerzo» y «calentamiento» son términos para describir la presentación de la angina con el esfuerzo inicial, que ceden al continuar la actividad con el mismo nivel de exigencia que la desencadenó. Esta atenuación o desaparición de la isquemia miocárdica se considera consecuencia del preconditionamiento isquémico.

Las definiciones de angina típica y atípica se resumen en la tabla 1⁶. En la angina atípica el dolor se acompaña de síntomas atípicos: se puede localizar en las zonas de irradiación sin dolor retroesternal, la nitroglicerina no es siempre efectiva, sin claros factores precipitantes o cede tardíamente con el reposo (después de 15 o 20 minutos).

El dolor no anginoso carece de las características descritas y los datos que nos orientan a descartar el diagnóstico de angina incluyen el dolor de características pleuríticas, el dolor localizado a punta de dedo que puede reproducirse con los movimientos, o palpación de la pared torácica o de los

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681338>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681338>

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