

**DOLOR TORACICO:
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

**JOSE RAMON AGUILAR REGUERO
E.P.E.S 061 SERVICIO PROVINCIAL DE MALAGA**

DOLOR TORACICO:DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DEFINICION

dolor torácico cualquier molestia o sensación anómala localizada en el tórax, por encima del diafragma. Las sensaciones dolorosas en la pared torácica, así como los impulsos nerviosos de las vísceras torácicas confluyen a nivel de las astas posteriores de la medula, por ello **dolores torácicos de origen distinto tienen una misma localización**. La proyección medular de dicho estímulo es muy amplia, desde C2 a D6, lo que justifica que **la estructuras torácicas puedan presentar, además, dolor referido a mandíbula, hombros, brazos, espalda y abdomen**.

representando un 5% de las urgencias médicas. Puede deberse a múltiples causas, pero *en urgencias la actuación médica debe ir orientada a descartar y tratar las causas de dolor torácico potencialmente mortales en breve plazo*, **INFARTO DE MIOCARDIO, ANGINA INESTABLE, PERICARDITIS, TAPONAMIENTO CARDIACO, ANEURISMA DISECANTE DE AORTA, MEDIASTINITIS, ROTURA ESOFAGICA, EMBOLIA E INFARTO PULMONAR, NEUMOTORAX A TENSION**.

ETIOLOGIA

La Cardiopatía Isquémica representa alrededor del 30% de las causas de dolor torácico. Según su origen el dolor torácico se clasifica en:

1.- **ORIGEN CARDIACO**

A) ISQUEMICA: HTA sistémica, HTA pulmonar, espasmo y embolia coronaria, arterioesclerosis, estenosis aórtica, miocardiopatía hipertrofica, anemia severa, hipertiroidismo.

B) NO ISQUEMICO: pericarditis, miocarditis, prolapso mitral, rotura de cuerda tendinosa y miocardiopatía.

C) AORTICO: aneurisma disecante, aneurisma sífilítico.

2.- **ORIGEN EN OTRAS ESTRUCTURAS TORACICAS**

A) PULMON: neumonía, embolia e infarto pulmonar, carcinoma pulmonar, traqueítis, bronquitis.

B) PLEURA: pleuritis, neumotorax, hemotorax, empiema, mesotelioma.

C) MEDIASTINO: mediastinitis aguda, enfisema mediastínico, tumores.

D) ESOFAGO: achalasia, úlcus, espasmo esofágico, divertículo, reglajo, tumor, perforación.

F) NUEROGENO: compresión radicular, herpes zoster, costilla cervical, síndrome hombro mano, lesión de plexo braquial, espondilitis, neuritis intercostal.

3.- **MUSCULO ESQUELETICO:** miositis, espasmo muscular, fibrositis, esquince, síndrome de Tietze, bursitis subacromial, traumatismo costal, esternal o vertebral, tumor costal, esternal o vertebral, osteoporosis, osteomalacia, hipercofosis, mieloma, espondiloartrosis.

4.- **GLANDULAR:** mastodinia, mastitis, flebitis de venas torácicas, tumor mamario.

5.- **ORIGEN INFRADIAFRAGMATICO:** peritonitis, colecistitis, úlcera péptica, colelitiasis, pancreatitis, perforación gastrointestinal, tumor.

6.- **ORIGEN PSICOGENO:** depresión, ansiedad, simulación, secundario a hiperventilación.

TABLA I: CAUSAS POTENCIALMENTE MORTALES DE DOLOR TORACICO

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| - ANGOR INESTABLE | - NEUMOTORAX A TENSION |
| - INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO | - PERFORACION ESOFAGICA |
| - TROMBOEMBOLISMO PULMONAR | - MEDIASTITIS |
| - DISECCION DE AORTA | - TAPONAMIENTO CARDIACO |

DIAGNOSTICO

En medios extrahospitalarios (UVI MOVIL), se basan en: la anamnesis, la exploración física, constantes vitales, E.K.G.. En un primer momento, aunque no se llegue a un diagnóstico definitivo, se deben excluir aquellas causas que supongan un riesgo vital a corto plazo, expuestas en la TABLA I.

Cualquier dolor torácico puede ser encuadrado dentro de cualesquiera de los patrones siguientes:

1.- PATRON ISQUEMICO: el dolor típico de la angina de pecho es opresivo, quemante, retroesternal, constrictivo, que irradia a brazo izquierdo, cuello, mandíbula, epigastrio, hombro, espalda; que dura menos de 15 minutos; que puede ir acompañado de síntomas asociados (cortejo vegetativo, disnea, tos, palpitaciones); que se relaciona con el ejercicio, la comida, las emociones, el frío; y empeora con el tabaco, mejorando en menos de 5 minutos con el reposo, la nitroglicerina sublingual, o ambos. La nitroglicerina sublingual tiene efectos muy rápidos (menos de 2 minutos), por lo que cuando el dolor tarda en ceder mas de 10 minutos, debe de atribuirse al efecto placebo del fármaco. Un dolor debido a espasmo esofágico o a cólico biliar puede aliviarse con NTG sublingual.

En el IAM la duración suele ser superior a 30 minutos, la intensidad mayor, y no lo alivian el reposo ni la NTG.

El masaje del seno carotideo y la maniobra de Valsalva pueden aliviar el dolor de la angina. En cambio, la presión ejercida a nivel del precordio no modifica para nada el dolor.

EL DOLOR ANGIONOSO PUEDE EXCLUIRSE HABITUALMENTE EN LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS:

- * Si se puede localizar a punta de dedo (con un solo dedo).
- * Si dura menos de 30 segundos o mas de 30 minutos.
- * Si el dolor es en forma de pinchazos, violentos o como palpitaciones.
- * Si la intensidad del dolor es firmemente aguda.
- * Si aparece exclusivamente estando en reposo, excepto: (1) en la angina de Prinzmetal (vasoespasmo), en la que su repetición cíclica en un momento determinado del dolor es característico. (2) la angina que precede al IAM.

ORIENTACION DIAGNOSTICA DE LA ANGINA:

A) HALLAZGOS FISICOS:

- a) Presencia de **cuarto tono**.
- b) Aumento de la \uparrow **presión arterial**, \uparrow **de la frecuencia de pulso** o ambos.
- c) **Soplo de regurgitación mitral** (por disfuncion papilar).
- d) **Area palpable de discinesia o abobamiento cerca de la punta cardiaca**.
- e) **Desdoblamiento paradójico del segundo ruido cardiaco**.
- f) **Alivio del dolor mediante masaje de seno carotideo (prueba de Levine) y maniobra de Valsalva**.

B) USO DE NITROGLICERINA: La administración sublingual de **NTG alivia el dolor anginoso en menos de 3 minutos**, siempre que la dosis sea suficiente (capaz de inducir dolor o enrojecimiento, o de producir sensación de quemor debajo de la lengua). **Si el dolor disminuye a los 10 minutos o mas, es una prueba en contra mas que en favor de la angina.**

C) CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS:

- a) **Ningún cambio en el EKG es patognomonic de la angina**, de hecho, en pacientes con angina, el EKG en reposo suele ser normal.
- b) Durante las crisis anginosas, **la depresión del segmento ST** es el hallazgo mas frecuente (por lesión o isquemia subendocardica). **Si hay espasmo arterial coronario, puede haber elevación del segmento ST** (y en ocasiones **aumento de la amplitud de la onda R**). También pueden apreciarse depresión de ST y **cambio en la onda T**.

ORIENTACION DIAGNOSTICA EN EL IAM:

A) CARACTERISTICAS DEL DOLOR: El dolor en el IAM es **cuantitativamente similar a la angina de reposo y por lo general imposible distinguirlo basándose solo en la historia clínica**. En el infarto transmural es **mas intenso y prolongado** (desde media a varias horas) que el de la angina y va **acompañado, con frecuencia, de nauseas, vómitos y diaforesis**.

No siempre el dolor este presente, tal es el caso de los ancianos y los diabéticos, e incluso el dolor puede ser sustituido, p. ej. por disnea. Estos síntomas se llaman **"equivalentes anginosos"**.

B) DATOS FISICOS:

- a) El paciente suele presentar **frialdad, sudoración, palidez, cianosis y sensación de enfermedad grave**.
- b) Presencia de **cuarto ruido, soplo sistolico mitral, desdoblamiento del segundo tono**, aumento de \uparrow **tensión arterial** o frecuencia de \uparrow **pulso**.

c) **Shock cardiogenico.**

d) **Síntomas de disfuncion ventricular izquierda** mantenida (**disnea, ortopnea**) y manifestaciones de **hiperactividad del sistema nervioso autónomo**(**diaforesis, bradicardia, taquicardia**).

C) CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS: En nuestro medio(UVI MOVIL), el diagnóstico del IAM, se basa en los cambios electrocardiograficos y en las características clínicas.

a) **El EKG puede ser normal o mostrar anomalidades inespecificas, no descartando, necesariamente, el IAM.**

b) Presencia de **onda Q, QS o R anormales**, junto con **alteraciones del segmento ST y/u onda T.**

2.- PATRON DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR:

Las características del dolor del TEP masivo **tal vez sean idénticas a las del dolor isquemico sin irradiación**, cuando el TEP es de menos cuantía el dolor es de tipo pleurítico e incluso mecánico, pero la asociación de signos como **disnea, taquipnea y cianosis intensa, acompañados de ansiedad profunda y agitación**, así como **antecedentes de postoperatorio, puerperio, inmovilización prolongada, insuficiencia cardiaca congestiva con edemas periféricos y tromboflebitis venosa** profunda junto con **desdoblamiento del segundo ruido**(hipertensión pulmonar), deben hacernos pensar en el TEP.

El EKG puede presentar:

1)Desviación del eje eléctrico hacia la derecha.

2)Defecto de conducción ventricular derecha.

3)Alteraciones inespecificas de la **onda T(inversión)** y del ST.

4) son muy sugerentes de *cor pulmonale* agudo.

SIQ3T3 con inversión de las T en precordiales derechas,

SIQ3T3 con hemibloqueo derecho

¡S ó R1T3 o inversión de la onda T en DIII y en las derivaciones precordiales derechas,

3.- PATRON DE LA DISECCION AORTICA: El dolor del aneurisma suele ser **de comienzo brusco**, a diferencia del que se produce en la **isquemia miocárdica que va aumentando progresivamente su intensidad**. El paciente **lo describe como el dolor mas intenso que haya sufrido nunca**(serán necesarias grandes y repetidas dosis de narcóticos para aliviar el dolor), acompañado de **sensación de desgarró**. La duración puede ser de horas, puede irradiarse ampliamente a cuello, espalda, flancos o piernas, según la localización.

Salvo en los casos de síndrome de Marfan o necrosis quística de la media, la mayoría de los pacientes tienen **antecedentes de hipertensión arterial** sistémica de larga duración.

HALLAZGOS CLINICOS: La disección de la aorta puede producir **dehiscencia y oclusión de las arterias principales**, dando lugar a los hallazgos característicos:

- 1)La **oclusión carotídea o vertebral** puede producir **sincope, hemiplejía, coma o ceguera**.
- 2)La **oclusión de las arterias de los miembros** puede producir **pérdida del pulso arterial e insuficiencia vascular**.
- 3)La **oclusión de la arteria renal** puede causar **hipertensión y oliguria**.
- 4)La **oclusión de la arteria mesentérica** puede producir **infarto intestinal con dolor e Ilio**.
- 5)La **oclusión de la arteria coronaria** puede producir **IAM**. De hecho, el aneurisma **disecante** puede diagnosticarse erróneamente como IAM.
- 6)La **disección cerca de la base de la aorta** puede causar regurgitación aórtica aguda, y la **rotura en el interior del saco pericárdico**, puede producir **taponamiento cardíaco o muerte**.
- 7)La **rotura externa del aneurisma** puede ser hacia **mediastino, peritoneo o retroperitoneo**.

8) Suele haber **cambios en el pulso y asimetrías tensionales** en miembro.

L. PATRON PERICARDICO: El dato mas importante para diagnosticar el origen **pericardico del dolor es su agravación con los cambios de postura**, durante la inspiración profunda y a veces con la deglución, **remitiendo, a veces, al sentarse o inclinarse hacia adelante**(nada de esto ocurre en el IAM). La localización mas frecuente del dolor es la región precordial, e irradia a hombro, región escapular y cuello.

Puede haber tres tipos de dolor en las pericarditis agudas:

- El dolor **pleurítico** constituye el tipo mas frecuente.
- Puede ser fijo, de comienzo súbito retroesternal e intenso, **simulando IAM.**
- Dolor **localizado en la punta cardiaca y es sincrónico con el latido cardiaco.**

ORIENTACION DIAGNOSTICA:

A) ANTECEDENTES: en las dos semanas previas aparece fiebre e infección respiratoria.

B) CARACTERISTICAS DEL DOLOR.

C) HALLAZGOS CLINICOS:

a) Roce pericardico por fricción: localizado en región precordial, suele ser muy transitorio, aunque puede persistir semanas. Aumenta de intensidad **↑con la inspiración profunda** y puede auscultarse solo en algunas posiciones(p.ej. con el paciente sentado inclinado hacia adelante).

b) Pericarditis con derrame: los signos físicos dependen de la cantidad de liquido y de la rapidez de acumulación, llegando al taponamiento cardiaco, si este es muy intenso.

Los signos hallados incluyen:

1-**Apagamiento de tonos cardiacos y aumento de la zona de matidez.**

2-**Signos de taponamiento cardiaco:** descenso de **↓presión sistolica, taquicardia, pulso paradójico,** reducción de la presión de pulso e **ingurjitación yugular en la inspiración.**

D) CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS: Éstos son **secuenciales en varias derivaciones en los segmentos ST y ondas T. No existen anomalías del QRS.** Pueden aparecer **potenciales de bajo voltaje y alternancias eléctricas.** también pueden aparecer **alteraciones del PR.**

E) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE PERICARDITIS E IAM.:

*La presencia de un **componente pleurítico en el dolor** va a favor de la pericarditis.

*Las ondas Q **patológicas solo aparecen en el IAM.**

*Las **alteraciones del ST son más difusas** en las pericarditis, cuando se elevan los segmentos **ST pueden ser cóncavos hacia arriba** en las pericarditis, mientras que los **cambios convexos van más en favor del IAM.**

*En las **pericarditis casi nunca se encuentran cambios recíprocos del ST en las derivaciones de los miembros**, mientras en el IAM es frecuente.

*En las pericarditis **las ondas T no acostumbran invertirse hasta que el ST es isoelectrico**, pero en el IAM las ondas T se invierten mientras el segmento ST está todavía elevado.

5.- PATRON PLEURITICO: El dolor pleurítico suele ser de tipo **punzante**, con **localización costal**, que puede irradiar a cuello, aumenta con los **↑movimientos respiratorios y con la tos**, y **dura más** que el dolor isquémico. **se asocia a neumotorax, patología pleural**(pleuritis, neoplasias), **neumonías, traqueobronquitis, TEP y procesos mediastínicos**(mediastinitis, neumomediastino, tumores).

En función de la causa subyacente, podemos encontrar otros **síntomas acompañantes (neumonía, fiebre)**.

6.- PATRON ESOFAGICO:

A)Esofagitis por reflujo: el dolor con o sin hernia de hiato, puede simular el dolor anginoso. La localización de la molestia es **retroesternal** y puede irradiarse a brazo izquierdo y al maxilar inferior. Se puede **desencadenar por exceso en la ingesta o alcohol**, por tomar **alimentos muy condimentados** o con la **posición en decúbito**. El dolor **es de aparición nocturna. Mejora con antiácidos y en posición erecta. Se reproduce con facilidad con la ingesta de infusiones ácidas.**

B)Espasmo esofágico: el dolor puede ser **leve o intenso, breve o duradero**, con **sensación de presión o compresión**, localizado retroesternalmente, e irradia mandíbula, cuello, espalda o brazo. **Suele presentarse con la comida y acompañado de disfagia, tanto para líquidos como para sólidos, mejorando con la nitroglicerina**, por lo que puede ser confundido con la angina.

C)Rotura aguda del esófago: produce dolor retroesternal intenso, secundario a mediastinitis química. La rotura espontánea tiene lugar **después de un ataque prolongado de vómitos o náuseas** intensas o como complicación iatrogena en la esofagoscopia.

7.- PATRON OSTEOMUSCULAR: El dolor tiene características mecánicas, es de tipo punzante y de larga duración con intermitencia. **Aumenta con los movimientos de la caja torácica, el cansancio, la postura incorrecta, la tos, y puede durar desde horas a días. Mejora con el reposo, analgesia y calor local.**

La reproducción del dolor a la palpación de la zona afecta es clave en el diagnóstico. La aparición de síntomas asociados como **parestias en brazos, parestia, frialdad, debilidad o pérdida de fuerza en brazos**, pueden aparecer en los síndromes de compresión del plexo braquial. En otros casos la **distribución metamérica del dolor** junto con la **presencia de vesículas** tres o cuatro días después de los **síntomas y la edad avanzada** puede ser la clave diagnóstica en **el herpes zoster**.

8.- PATRON PSICOGENO: La molestia torácica que proporciona la angina puede remedar la de los estados de **ansiedad**. Esta molestia puede presentarse de varias formas:

A)Como **dolor agudo intermitente o en puñalada**.

B)Como **dolor precordial preexistente** sin relación con el esfuerzo.

C)Como **sensación de opresión** en el tórax.

Típicamente **no existe relación entre el dolor y el ejercicio. La duración del dolor es variable, desde minutos**

a días y se asocia a **respiración suspirosa** y a **síntomas debidos a hiperventilación**.

Una vez encuadrado cualquier dolor torácico en los patrones anteriores, a través de la historia clínica, la exploración física, el EKG y la toma de constantes vitales, se debe intentar efectuar un diagnóstico etiológico preliminar, con objeto de tomar decisiones prioritarias. Para lo cual se tomara en consideración que:

1.- **El dolor puntiforme** que se exagera con un determinado movimiento o postura y que reproduce a la palpación suele tener su **origen en la pared torácica(somático)**.

2.- **Descartado el origen somático, el dolor de localización central obliga a descartar en primer lugar cualquiera de las causas etiquetadas como potencialmente graves**. La alteración de los signos vitales, la presencia de cortejo vegetativo y la alteración del nivel de conciencia, harán sospechar mas aun estas etiologías. La existencia de factores de riesgo vascular, de antecedentes previos de cardiopatía isquémica o de cualquier otra patología vascular, hará considerar la cardiopatía isquémica en primer lugar.

3.- Descartando el origen somático, **el dolor de localización lateral hará sospechar un origen psicogeno o pleuropulmonar** en el caso de dolor de tipo pleurítico, el cual también puede ser causado por **neumotorax o por embolismo pulmonar**.

En todos los pacientes en que se sospecha una patología potencialmente grave en el medio extrahospitalario se efectuara:

- Monitorización continuada del EKG.
- Canalización de una vía venosa.
- Administración de oxígeno.
- Analgésia, con opiáceos si es necesario.
- pulsimetría
- Vigilancia intensiva hasta efectuar el diagnóstico y tratamiento adecuado.

V. Criterios de Derivación Hospitalaria.

- Todos los pacientes con dolor torácico agudo secundario a patología potencialmente grave.
- Pacientes con dolor torácico agudo secundario a patología no vital, pero subsidiaria de estudio hospitalario según medio y disponibilidad.
- Ausencia de diagnóstico a pesar de la valoración y que necesite pruebas complementarias hospitalarias.