

Actualización Dolor Torácico

Introducción

El dolor torácico es un motivo de consulta altamente prevalente, tanto en el consultorio como en la sala de emergencias. Es el modo más frecuente de presentación de la cardiopatía isquémica, que constituye la principal causa de muerte en el mundo occidental. Por esta razón debería enfocarse la evaluación de un paciente con dolor torácico, teniendo en cuenta como principal diagnóstico diferencial a la angina de pecho. Debe efectuarse con rapidez y precisión, un diagnóstico y una estratificación del riesgo de los pacientes con dolor de pecho que puedan representar distintas formas de presentación de enfermedad coronaria (agudas y crónicas), debido al riesgo de infarto o muerte y la existencia de tratamientos efectivos que permiten mejorar tanto la calidad como la expectativa de vida. En el gran grupo de pacientes con dolores torácicos de origen no coronario, también es necesario efectuar un diagnóstico preciso, dada la angustia que genera al paciente la presencia de un síntoma que rápidamente evoca un posible origen cardíaco.

Epidemiología

Población general

Como lo han demostrado diversos estudios epidemiológicos efectuados en Europa y Norteamérica, la prevalencia de dolor torácico en una población general de adultos de edad media o avanzada es alta. Se han reportado prevalencias de angina típica de que van del 5 al 12%, y de dolor torácico no típico del 15 al 22%, justificándose estas diferencias entre los distintos estudios por los desiguales criterios de inclusión de los pacientes con respecto a la edad y el sexo, y en la utilización de dos definiciones diferentes de angina típica. En el ámbito ambulatorio también es muy frecuente la consulta por dolor torácico, estimándose una prevalencia de 7 al 11%. En un estudio de Hospitales de Veteranos de EE.UU., el dolor torácico fue el síntoma nuevo que con más frecuencia motivó una consulta ambulatoria, con una incidencia a tres años de 9,6%, superando a otros síntomas muy comunes como el dolor de espalda, la cefalea, la fatiga, los mareos y el edema. La evidencia parte de datos de reportes de series de casos.

Presentación clínica

Angina de pecho

La angina de pecho es el síntoma cardinal a través del cual se manifiesta la isquemia miocárdica. En su forma más típica, la localización es retroesternal o precordial, con irradiación frecuente a la mandíbula inferior, cuello, hombros y miembros superiores (habitualmente pero no exclusivamente sobre el borde cubital). Con menos frecuencia el dolor se irradia a la región interescapular o al epigastrio, excepcionalmente hacia el hemiabdomen inferior o a los miembros inferiores. El dolor puede aparecer también inicialmente en alguna de las zonas de irradiación, con o sin dolor retroesternal posterior. Las combinaciones posibles son múltiples, y en realidad todo dolor entre la mandíbula inferior y el ombligo tiene posibilidad de ser de origen coronario. El área involucrada por el dolor es generalmente amplia, y el paciente suele indicarla con la mano sobre el pecho, lo que se conoce clásicamente como signo de Levine. Cuando el área involucrada es pequeña, es un dato en contra de angina de pecho.

La sensación referida por el paciente es poco definida, siendo frecuente que el paciente no hable de "dolor" sino de "molestia", "sensación", o describa su síntoma como una opresión, un peso, un estrangulamiento, una constricción, o un ardor, negando que se trate de un verdadero "dolor". Es poco habitual que el paciente indique su dolor como punzante, agudo o lancinante.

Puede aparecer en reposo, o desencadenado por el esfuerzo físico o el estrés emocional. En los casos en que el dolor se inicia con el esfuerzo físico, el paciente suele detenerse o aminorar la intensidad del mismo, con lo cual el dolor cede en menos de cinco minutos. Entre los factores que facilitan la aparición de dolor anginoso de esfuerzo se encuentran el frío, el período postprandial y las primeras horas de la mañana (angina de primoesfuerzo). Es frecuente que la intensidad del esfuerzo que el paciente debe efectuar para tener angor no sea constante (angina de umbral variable), no descartando este patrón el origen isquémico del dolor.

Existe en general poca relación entre la posición o los movimientos corporales y el origen del dolor o su modificación, salvo en algunos casos en los cuales el decúbito dorsal aumenta la intensidad anginosa, probablemente por aumento de la presión capilar y por ende de la postcarga (angina de decúbito). La respuesta a los nitritos administrados por vía sublingual, que alivian el dolor anginoso en uno a cinco minutos, es un hecho típico pero no patognomónico, dado que esta característica es compartida por el espasmo esofágico y el cólico biliar. En general la angina de pecho no responde a antiácidos, antiespasmódicos o analgésicos comunes. Es posible que se alivie con eructos, no siendo así con el vómito. El inicio del dolor anginoso suele ser lento y de intensidad progresiva, con una duración que oscila entre uno y dos minutos hasta quince o veinte, salvo en los casos graves de angina inestable de reposo o de infarto agudo de miocardio. Es muy improbable que un dolor que dura escasos segundos o varias horas sea de origen coronario, nuevamente con la salvedad del infarto agudo de miocardio que puede ser muy prolongado.

Son frecuentes, especialmente asociados a dolor intenso, síntomas como sudoración fría y profusa, náuseas, vómitos, disnea, y grados variables de sensación desagradable de compromiso general, angustia, o sensación de muerte. La asociación de otros síntomas como pirosis, regurgitación o sialorrea orienta hacia un dolor esofágico, y la presencia de palpitaciones, parestesias, enrojecimiento, temblores musculares o pánico sugiere un trastorno de ansiedad aguda. Cuanto mayor sea el número de síntomas asociados, menos probable es el origen anginoso del dolor.

El infarto agudo de miocardio tiene síntomas similares a los de la angina de pecho citados, pero en general con mayor intensidad y duración; sin embargo, un dolor anginoso de baja intensidad no descarta la posibilidad de un infarto agudo de miocardio.

La causa principal de la angina de pecho es la obstrucción debido a placas de aterosclerosis en las arterias coronarias epicárdicas. Otras causas mucho menos frecuentes son la obstrucción coronaria por espasmo coronario, la enfermedad de la microvasculatura coronaria (síndrome X), el compromiso coronario en la miocardiopatía hipertrófica, las arteritis coronarias, las enfermedades de la aorta que comprometen el ostium coronario (sífilis, arteritis de Takayasu y disección aórtica), las anomalías congénitas del nacimiento de las coronarias y la embolia coronaria. Existe un grupo mucho menor de pacientes que presenta isquemia coronaria de esfuerzo sin compromiso de las arterias coronarias, exclusivamente a expensas del aumento de consumo de oxígeno miocárdico. Esto ocurre en miocardiopatías como la hipertrófica y la dilatada idiopática de grado avanzado, y en valvulopatías como la estenosis aórtica y la insuficiencia aórtica. En estos pacientes la isquemia ocurre como consecuencia de la hipertrofia miocárdica excesiva y el aumento de la postcarga debidos a la cardiopatía subyacente.

Diagnósticos diferenciales

Pericarditis

El dolor de la pericarditis es de localización habitualmente retroesternal y precordial, siendo posibles la irradiación al cuello y al borde del trapecio izquierdo; suele ser agudo, punzante, pero en ocasiones es referido como opresivo, o profundo. Aumenta típicamente con la inspiración profunda, la tos, la deglución y el decúbito dorsal, y mejora al sentarse inclinado hacia adelante. Es constante, pudiendo durar horas o días. No responde a los nitritos, pero sí a los antiinflamatorios como la aspirina y en los casos rebeldes, a los corticoides. El diagnóstico se confirma con la auscultación de un frote pericárdico y el hallazgo de un elevación cóncava del segmento ST en múltiples derivaciones que no respetan una localización determinada del corazón (cara, ápex, etc.).

Disección aórtica

Se manifiesta en la mayoría de los casos por un dolor de inicio súbito, generalmente muy intenso y con máxima intensidad desde el inicio. Suele ser referido por el paciente como desgarrante o lancinante, y su localización habitual es centrotorácica y/o interescapular, con irradiaciones posibles hacia el cuello, la mandíbula, la espalda o las extremidades infe-

riores, con un patrón migratorio que se correlaciona anatómicamente con la evolución de la disección. Otros elementos de presunción diagnóstica son la historia de hipertensión arterial, el síndrome de Marfan, y la ausencia de pulsos. El diagnóstico requiere confirmación por imágenes (ecocardiograma, tomografía computada, resonancia magnética o cateterismo).

Tromboembolismo pulmonar agudo

El síntoma predominante suele ser la disnea, asociada a dolor torácico de tipo pleurítico, es decir localizado, punzante y que aumenta con la inspiración profunda y con la tos. Es posible la existencia de dolor retroesternal visceral, similar a la angina de pecho, pero esto ocurre en sólo el 4% de los casos. El examen físico, el electrocardiograma (con taquicardia sinusual, trastornos inespecíficos del ST, bloqueo de rama derecha, arritmias supraventriculares o el típico patrón S1, Q3, T3) y la radiografía de tórax (con elevación de un hemidiafragma, atelectasias, opacidades o derrame) ayudan a la presunción diagnóstica, la que se confirma por el centellograma pulmonar, el ecocardiograma Doppler, la tomografía helicoidal y/o el cateterismo cardíaco derecho.

Reflujo gastroesofágico

La manifestación habitual del reflujo gastroesofágico es un dolor de tipo urente, epigástrico o retroesternal, originado por ciertas comidas, en especial si el paciente se acuesta poco después de comer, o por inclinarse hacia delante, o con la deglución. Habitualmente se asocia a otros síntomas esofágicos como la disfagia o la regurgitación.

Espasmo esofágico

Comparte casi todas las características semiológicas de la angina de pecho, pudiendo incluso iniciarse con el esfuerzo. Sus únicas características distintivas son la posible aparición luego de la ingestión de bebidas o comidas muy frías o muy calientes, la tendencia a irradiar hacia el dorso con mayor frecuencia que el dolor coronario, y la frecuente asociación con otros síntomas esofágicos, similares a los ya citados en reflujo gastroesofágico.

Dolor de la pared torácica

Debido a su alta frecuencia es uno de los principales diagnósticos diferenciales.

Puede ubicarse en cualquier localización y suele abarcar una superficie pequeña (el paciente puede describirlo señalando con un dedo). Cambia con los movimientos del tórax y de los miembros superiores o con los cambios posturales. Suele exacerbarse con la inspiración profunda. Puede existir una zona torácica con sensibilidad aumentada a la palpación y, en ocasiones, existe el antecedente de haber realizado un esfuerzo físico desacostumbrado.

Dolor torácico funcional

Este síndrome ha recibido diversos nombres, como "astenia neurocirculatoria", "corazón de soldado", "eretismo cardíaco", "síndrome de Da Costa", "dolor torácico psicógeno", "neurosis cardíaca", "falsos cardíacos". Las molestias se localizan en la región mamaria o inframamaria izquierda, en el ápex, en el borde esternal izquierdo y, a veces, en todo el hemitórax izquierdo. Suele persistir suavemente durante horas o días con episodios súbitos de dolor lancinante de uno o dos segundos de duración. Suele asociarse a cansancio y estrés psíquico sostenido sin relación con el esfuerzo y con respuesta errática a los diversos tratamientos. Es clásico que el paciente indique la región doliente apoyando horizontalmente la mano sobre ella y moviéndola frecuentemente en sentido transversal hacia la región axilar izquierda. Se asocia con frecuencia a muchos síntomas como palpitaciones, disnea suspirosa, hiperventilación, mareos, sensación de debilidad generalizada, irritabilidad e insomnio. Se asocia con diagnósticos psiquiátricos precisos como el ataque de pánico y la depresión.

Prolapso mitral

Los pacientes con prolapso mitral pueden presentar un dolor torácico similar al dolor torácico funcional o tener características de angina de pecho, la que puede ocurrir incluso en ausencia de enfermedad coronaria (por isquemia del músculo papilar consecutiva al prolapso valvular).

Cuadro 1: Diagnósticos diferenciales de los distintos tipos de dolor torácico. Las características operativas (sensibilidad y especificidad) deben ser consideradas con cautela, ya que algunas provienen de trabajos con pequeña cantidad de pacientes y que pueden ser no representativos de la población a la que queremos extrapolar los valores (internación, guardia, consultorio, diabéticos, etc.).

Diagnóstico	Ubicación (U), características (C), duración (D), provocación (P) y alivio (A)	Manifestaciones clínicas	Sensibilidad	Especificidad
Angina de pecho	U: retroesternal, mandíbula inferior, cuello, hombros, miembros superiores, menos frecuencia epigástrico y dorso. C: opresión, a veces ardor. D: 2 a 15 minutos. P: esfuerzo y emoción. A: reposo, nitritos sublinguales.	Sudoración		
		Náuseas Disnea		
Infarto de miocardio (el dolor aparece en el 80% de los pacientes).	U: igual a angina de pecho C: igual a angina de pecho D: más de 30 minutos. P: no queda claro el gatillo del dolor. A: en general no se alivia.	Síntomas prodrómicos	20-60%	
		Síntomas vagales	50% (#)	
		Taquicardia e hipertensión		
		Náuseas y vómitos	50% (@)	
		Frote pericárdico	7-10%	
		Alguna anomalía en el ECG inicial	85%	
		Alguna anomalía en los ECG seriados	95%	
Disección de la aorta torácica (el dolor aparece en el 90% de los pacientes)	U: centrotorácico o interescapular, irradia a medida que sigue disecando (S=70%). C: desgarrante, lacerante. Muy intenso, de comienzo súbito y con máxima intensidad desde el inicio. D: horas. P: espontáneo. A: a veces alivia al bajar la TA con beta bloqueantes y nitroprusiato.	Disnea		
		Antecedente de hipertensión		
		Antecedente de síndrome de Marfan		
		Insuficiencia aórtica	50% (#)	
		Trastorno en el pulso braquial		
		Síncope	5%	
		Rx: ensanchamiento de la aorta	Alta	
		Rx: botón aórtico calcificado con > 1mm de separación entre íntima y adventicia		Alta
		Ecocardiograma transesofágico	99%	98%

Actualización

Pericarditis	U: retroesternal, precordial, cuello, trapecio izquierdo. C: punzante, agudo. D: horas a días. P: decúbito dorsal, inspiración, tos, deglución. A: sentarse inclinado hacia adelante, antiinflamatorios.	Frote	30%	
		Elevación cóncava y difusa del ST	90%	
		Depresión del PR	80%	
		Derrame pleural	25%	
Embolia pulmonar (el dolor aparece en el 42-70% de los pacientes).	U: Lateral. C: punzante, agudo. D: horas. P: inspiración, tos.	Factores predisponentes (*)	94%	
		Taquipnea	37-92%	50% - 70%
		Dolor pleurítico	Baja	
		Tos		
		Hemoptisis		
		Flebitis		
		Cianosis		
		Disnea	70-88%	
				< 50%
		PO2 < 90mmHg	95%	
		PO2 < 80mmHg	90%	
		Signos electrocardiográficos	87%	
		Signos en Rx tórax	20-50%	
		Edema o dolor en miembro inferior, dolor anginoso, sibilancias, frote pleural, signo de Homans, tercer ruido.	Baja	
Prolapso mitral	U: apex, precordio. Extensión variable. C: visceral y sordo o punzante y agudo. D: segundos a horas. P: espontáneo.	Pueden tener angina por isquemia del músculo papilar		
Neumotórax (el dolor aparece en el 90% de los pacientes)	U: lateral. C: punzante, agudo. Inicio súbito. D: horas. P: inspiración, tos.	Disnea		
		Tos		
		Derrame pleural pequeño		
		Rx: borde de la pleura visceral visible		
Neumonía (el dolor aparece en el 60% de los pacientes)	U: lateral. C: punzante, agudo. D: horas. A: inspiración, tos.	Tos	Alta	
		Taquipnea		
		Fiebre		
		Disnea		
Pleuritis	U: lateral. C: punzante, agudo. D: horas. P: inspiración, tos.	Disnea, fiebre, tos.		
Espasmo esofágico	U: similar a la angina de pecho. C: presión, ardor. D: cinco minutos a una hora. P: líquidos fríos o calientes, esfuerzo. A: nitritos sublinguales.	Puede haber disfagia.		
Reflujo esofágico	U: retroesternal, epigástrico. No suele irradiar. C: ardor. D: 10 a 60 minutos. P: decúbito dorsal, ciertas comidas, ayuno. A: antiácidos, comida.	Pirosis, regurgitación, disfagia, sialorrea.		
Úlcera péptica	U: epigástrico, retroesternal bajo. C: ardor. D: horas. P: ayuno. Palpación. A: antiácidos, comida.	Vómitos, melena.		
Cólico biliar, colecistitis	U: epigástrico, hipocondrio der. C: visceral, cólico. D: horas. P: colecistoquinéticos. Palpación. Inspiración. A: antiespasmódicos, calor local.	Vómitos biliosos, coluria, ictericia, fiebre.		
Rotura esofágica	U: retroesternal y epigástrico agudo. C: intenso. D: minutos a horas. P: inicio súbito después de vómitos intensos.	Disnea, compromisos hemodinámico.		
Condritis y mialgia	U: múltiple. Zona pequeña. C: agudo, puntada. D: variable. P: movimiento o palpación. A: analgésicos.	Sensibilidad local, puede palparse una tumefacción costal (síndrome de Tietze)		
Discopatía cervical. Síndrome del opérculo torácico	U: cuello, brazo. En la zona de distribución del nervio. C: agudo, punzante, lancinante. D: variable. P: movimiento del cuello o el miembro superior. A: analgésicos. Kinesiología.	Signos neurológicos. Parestesias.		
Herpes zoster, neuralgia postherpética (en 50% de los pacientes es torácica).	U: unilateral, en la zona de distribución del nervio. D: variable. A: antiinflamatorios, corticoides, antidepresivos.	Vesículas Antecedente de zoster Fiebre Signos neurológicos		
Funcional o psicógeno	U: apex, precordio. Extensión variable. C: variable: visceral sordo o punzante agudo. D: segundos a horas. P: emoción, taquipnea.	Muchos síntomas asociados. Ataque de pánico, depresión.		

(*) Factores predisponentes o de riesgo para enfermedad tromboembólica: cirugía, cáncer, traumatismos, quemaduras, inmovilización, parálisis de miembros inferiores, embarazo o puerperio, edad avanzada, insuficiencia cardíaca, trombofilia, síndrome nefrótico, enfermedad inflamatoria intestinal.

(#) De los IAM anteriores.

(@) De los IAM transmurales.

(") De los aneurismas proximales.

Sistemática de estudio

Evaluación diagnóstica inicial. Interrogatorio.

Tipificación del dolor: el primer elemento del estudio del dolor torácico es establecer el "grado de tipicidad" del dolor, sobre la base de elementos semiológicos. Es posible establecer probabilidades de acuerdo a las características del dolor, por lo cual el primer paso es consignarlo. Existe abundante literatura sobre este tema, pero sólo tres clasificaciones de dolor torácico han demostrado valor pronóstico: Rose, utilizada por la OMS para fines epidemiológicos, la de el estudio CASS, y la elaborada por Diamond y Forrester. Estas dos últimas han sido validadas en pacientes crónicos, mayoritariamente de sexo masculino, que fueron derivados para coronariografía (cuadro 2). Si bien estas clasificaciones han sido de uso habitual en la estratificación del dolor torácico en los últimos 20 años, debe

señalarse como limitaciones que fueron desarrolladas en poblaciones seleccionada con una prevalencia esperable mayor que la de la población general, y que no puede aplicarse confiablemente en mujeres o en pacientes con un dolor torácico de reciente inicio. Se debe consignar la edad y el sexo del paciente, ya que incide en la prevalencia de enfermedad coronaria (en las mujeres es importante conocer si todavía menstrúan y en las posmenopáusicas, saber si reciben reemplazo hormonal); así como los factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo, dislipemias, diabetes e historia de enfermedad coronaria en familiares de primer grado menores de 55 años. Los antecedentes personales de enfermedad cardiovascular y otros síntomas de posible origen cardiológico.

Cuadro 2: Clasificaciones de dolor torácico del estudio CASS y de Diamond y Forrester.

	CASS	Diamond y Forrester
Características consideradas	Localización y/o irradiación típica (retroesternal, cuello, maxilar inferior, brazos, epigastrio, dorso).	Localización retroesternal.
	Precipitación con el esfuerzo. Alivio con el reposo o nitroglicerina en menos de 10 minutos	
Categorías de dolor y prevalencia de enfermedad coronaria en cada categoría	Angina definida es la que cumple las tres características. Prevalencia de enfermedad coronaria: 86%	Angina típica es la que cumple las tres características. Prevalencia de enfermedad coronaria: 90-92%
	Angina probable es la que cumple la mayoría de las características. Prevalencia de enfermedad coronaria: 61%	Angina atípica es la que cumple dos características. Prevalencia de enfermedad coronaria: 50-75%
	El dolor no isquémico incluye dos subcategorías. 1. Dolor probablemente no anginoso: tiene un patrón atípico que no cumple con la descripción de angina definida. 2. Dolor definitivamente no anginoso: no cumple con ninguna de las características. Prevalencia de enfermedad coronaria: 14%	Dolor no anginoso es el que cumple una característica o ninguna. Prevalencia de enfermedad coronaria: 15-47%

Impresión diagnóstica inicial y decisión de solicitar una prueba diagnóstica

El Colegio Americano de Cardiología (American College of Cardiology) utiliza como normas la clasificación de Diamond y Forrester, en las que debe consignarse la edad, el sexo y el tipo de dolor torácico para predecir la probabilidad de enfermedad coronaria de cada paciente. De acuerdo a esto se dividen en cuatro grupos: probabilidad alta (mayor al 90%), intermedia (10 al 90%), baja (5 al 10%) y muy baja (menor al 5%). Tomando como base el modelo umbral de Pauker y Kassirer y el análisis bayesiano de la probabilidad condicional, consideran que el grupo de alta probabilidad tiene diagnóstico firme de enfermedad coronaria y debe iniciar tratamiento, que el grupo de probabilidad intermedia justifica la realización de una prueba evocadora de isquemia (Ergometría o, si correspondiera perfusión con Talio, ecocardiograma stress) diagnóstica, y los gru-

pos de baja y muy baja probabilidad se encuentran por debajo del umbral de prueba y sólo tienen indicación de seguimiento. Puede observarse en el cuadro 3, la distribución de estas probabilidades. Esta recomendación tiene fines orientadores, dado que es posible que ante el paciente individual haya otros elementos que modifiquen la probabilidad de enfermedad coronaria (ej. secuela de infarto en el ECG, soplo cardíaco significativo, enfermedad carotídea o vascular periférica, etc.) y que deban ser tomados en cuenta. También debe surgir de esta evaluación inicial la probabilidad de que el paciente esté cursando un síndrome isquémico agudo, o lo haya padecido recientemente, en cuyo caso debe considerarse la posibilidad de remitirlo a la guardia para una evaluación cardiológica urgente y una eventual internación.

Cuadro 3: probabilidad de enfermedad coronaria de acuerdo a la edad, el sexo y el tipo de dolor.

SEXO MASCULINO				SEXO FEMENINO			
Edad en años	Angina típica	Angina atípica	Dolor no anginoso	Edad en años	Angina típica	Angina atípica	Dolor no anginoso
30 a 39	Intermedia	Intermedia	Baja	30 a 39	Intermedia	Muy baja	Muy baja
40 a 49	Alta	Intermedia	Intermedia	40 a 49	Intermedia	Baja	Muy baja
50 a 59	Alta	Intermedia	Intermedia	50 a 59	Intermedia	Intermedia	Baja
60 a 69	Alta	Intermedia	Intermedia	60 a 69	Alta	Intermedia	Intermedia

Actualización

Exámen físico

Buscar signos de valvulopatías, miocardiopatías, soplos carotídeos o femorales y presencia de pulsos. Intentar reproducir el dolor con maniobras de palpación, inspiración y cambio de decúbito. Buscar también signos de causas extracardíacas de dolor torácico.

Electrocardiograma

El electrocardiograma (ECG) es el mejor elemento diagnóstico en los pacientes con dolor torácico. Dada su gran utilidad, su bajo costo y su amplia disponibilidad, debe efectuarse un ECG en todo paciente con dolor torácico. Las únicas excepciones a esta regla son aquellos pacientes en quienes se haya confirmado una causa no cardíaca del dolor, o en los casos en que el dolor sea considerado definitivamente no anginoso por combinación de elementos atípicos (por ejemplo, dolor punzante que aumenta con la inspiración). En el resto de los casos, aún en dolores que presentan alguna característica de atipicidad, la probabilidad de origen coronario del dolor no suele ser lo suficientemente baja como para que no se justifique realizar un ECG.

Otros estudios complementarios

Radiografía de tórax: puede ser útil principalmente en el diagnóstico de posibles etiologías de origen respiratorio.

Ecocardiograma: debe solicitarse para la determinación de la función ventricular cuando se ha hecho diagnóstico de enfermedad coronaria. El ecocardiograma Doppler debe hacerse ante la sospecha de miocardiopatía o de valvulopatía significativa, y el ecocardiograma transesofágico si las manifestaciones clínicas hacen pensar en una disección aórtica.

Coronariografía: no es en general una prueba de primera indicación, siendo habitualmente precedida por un prueba evocadora de isquemia.

Tomografía computada y resonancia magnética nuclear: son útiles en quienes se sospecha una disección aórtica.

Dolor Torácico de urgencia

Deben ser enviados a un servicio de emergencias los pacientes con sospecha de disección aórtica y tromboembolismo pulmonar agudo.

También deben ser remitidos los individuos en quienes se sospeche un infarto agudo de miocardio o una angina inestable de riesgo alto o intermedio (en curso u ocurridos en los últimos siete días), así como quienes tengan manifestaciones que sugieran angina inestable de bajo riesgo con dolor en el momento de la evaluación o cuyo último episodio haya sido en las últimas 48 horas. Básicamente y en forma abarcativa, deben ser evaluados en una guardia todos los pacientes con:

1. Angina de reposo o a esfuerzos mínimos en las últimas 48 horas.
2. Angina de reposo o a esfuerzos mínimos en los últimos siete días pero no en las últimas 48 horas, más alteraciones electrocardiográficas sugestivas de isquemia o necrosis miocárdica no conocidas como preexistentes o cualquier signo de probable compromiso hemodinámico (insuficiencia cardíaca, tercer ruido, hipotensión, síncope).
3. Puede ser considerada la evaluación de los pacientes con dolor torácico que haya durado más de 20 minutos, así como los que hayan tenido angina nocturna o angina de reciente comienzo en las últimas dos semanas, teniendo en cuenta que todas estas manifestaciones pierden valor pronóstico si el paciente permanece asintomático en las últimas 48 horas.

Todos estos pacientes deberían ir en ambulancia con unidad coronaria móvil. Aclaramos que es posible que muchos de sean dados de alta desde la guardia, pero después de una evaluación más completa que incluya un dosaje de enzimas para descartar necrosis miocárdica (ej. cuando haya habido dolor prolongado o alteraciones del ECG).

Interconsulta al consultorio cardiológico

Se recomienda que sean evaluados por el cardiólogo los pacientes que hayan sufrido un síndrome isquémico agudo o un infarto agudo de miocardio con alto riesgo de recurrencia de eventos por alguno de los siguientes criterios: insuficiencia cardíaca, deterioro de la función ventricular, recurrencia de la angina, arritmia ventricular, síncope, etc., así como los que presenten dudas diagnósticas o terapéuticas, o los que tengan una prueba evocadora de isquemia positiva que haga presumir el requerimiento de una coronariografía, angina crónica refractaria al tratamiento médico, miocardiopatía dilatada o hipertrófica con dolor torácico presumida o confirmadamente anginoso.

Dr. Carlos Boissonet

Servicio de Cardiología. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Bibliografía recomendada

Excelentes revisiones del tema:

Maseri A, Crea F, Kaski J, et. al. Mechanisms and significance of cardiac ischemic pain. *Prog Cardiovasc Dis* 1992;35:1-18.

Crea F, y Gaspardone A. New look to an old symptom: Angina pectoris. *Circulation* 1997;96:3766-3773.

Douglas P y Ginsburg G. Evaluation of chest pain in women. *N Engl J Med* 1996; 334:1311-1315. Excelente revisión del dolor torácico en la mujer.

Grandes trabajos epidemiológicos:

Wilhelmsen L, Rosengren A, Hagman M, y Lappas G. "Nonspecific" chest pain associated with high long-term mortality: Results from the Primary Prevention Study in Göteborg, Sweden. *Clin Cardiol* 1998;21:477-482. Estudio de Gotemburgo.

LaCroix A, Guralnik J, Curb J, Wallace R, Ostfeld A, y Hennekens C. Chest pain and coronary heart disease mortality among older men and women in three communities. *Circulation* 1990;81:437-446. Estudio EPESE.

Bulpitt C, Shipley, Demirovic J, Ebi-Kryston K, Markowe H y Rose G. Predicting death from coronary heart disease using a questionnaire. *Int J Epidemiol* 1990;19:899-904. Estudio Whitehall.

Sigurdsson E, Sigfusson N, Agnarsson U, Sigvaldason H, y Thorgerirsson G. Long-term prognosis of different forms of coronary heart disease: The Reykjavik Study. *Int J Epidemiol* 1995;24:58-68. Estudio de Reykjavik.

Shaper A, Cook D, Walker M, et. al. Prevalence of ischemic heart disease in middle aged British men. *Br Heart J* 1984; 51:595-605. British Regional Heart Study.

Otras citas de interés:

Goldstein S, Pearson T, Colwill J, et. al. Task Force 4: The relationship between cardiovascular specialists and generalists. *J Am Coll Cardiol* 1994;24:304-312. Perfil estadounidense de la relación generalista-cardiólogo.

Diamond G, y Forrester J. Analysis of probability as an aid in the clinical diagnosis of coronary artery disease. *N Engl J Med* 1979;300:1350. Estudio clásico acerca de la relación tipo de dolor y probabilidad de enfermedad coronaria.

Weiner D, Ryan T, Mc Cabe C, et.al. Exercise stress testing. Correlations among history of angina, ST-segment response and prevalence of coronary-artery disease in the Coronary Artery Surgery Study (CASS). *N Engl J Med* 1979; 301:230-235. Estudio clásico acerca de la relación tipo de dolor y probabilidad de enfermedad coronaria, agrega información sobre el ECG basal y la ergometría.