

Dolor toracico agudo no traumatico

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2091/1/Dolor-toracico-agudo-no-traumatico.html>

Autor: Agustín Míguez Burgos

Publicado: 27/03/2010

El dolor torácico agudo no traumático hace referencia a todo dolor significativo de tórax, de más de unos segundos de duración, sin aparente relación con un traumatismo ni lesiones visibles o palpables en el tórax.

Está definido por un amplio rango de manifestaciones que pueden ir desde la molestia, sensación de pesadez u ocupación, hasta dolor intenso con o sin irradiación. El dolor puede verse modificado por condiciones del paciente, edad, enfermedades de base como diabetes, o por aspectos étnicos y culturales. Es importante tener en cuenta que la intensidad de la manifestación no se correlaciona con la gravedad del proceso.

Dolor toracico agudo no traumatico .1

Dolor torácico agudo no traumático

Agustín Míguez Burgos. D. U. Enfermería FREMAP U.P.S. CIUDAD JARDÍN Sevilla

Damián Muñoz Simarro. D. U. Enfermería D.C.C.U. Móviles Sevilla.

Susana Tello Pérez.

1. Introducción: conceptos.
2. Actuación extrahospitalaria ante dolor torácico agudo no traumático.
3. Clasificación
4. Diagnóstico
5. Dolor torácico mecánico o musculoesquelético
6. Tratamiento
7. Resumen
8. Palabras clave
9. Referencias bibliográficas

I.- INTRODUCCIÓN: CONCEPTOS

El dolor torácico agudo no traumático hace referencia a todo dolor significativo de tórax, de más de unos segundos de duración, sin aparente relación con un traumatismo ni lesiones visibles o palpables en el tórax.

Está definido por un amplio rango de manifestaciones que pueden ir desde la molestia, sensación de pesadez u ocupación, hasta dolor intenso con o sin irradiación. El dolor puede verse modificado por condiciones del paciente, edad, enfermedades de base como diabetes, o por aspectos étnicos y culturales. Es importante tener en cuenta que la intensidad de la manifestación no se correlaciona con la gravedad del proceso.

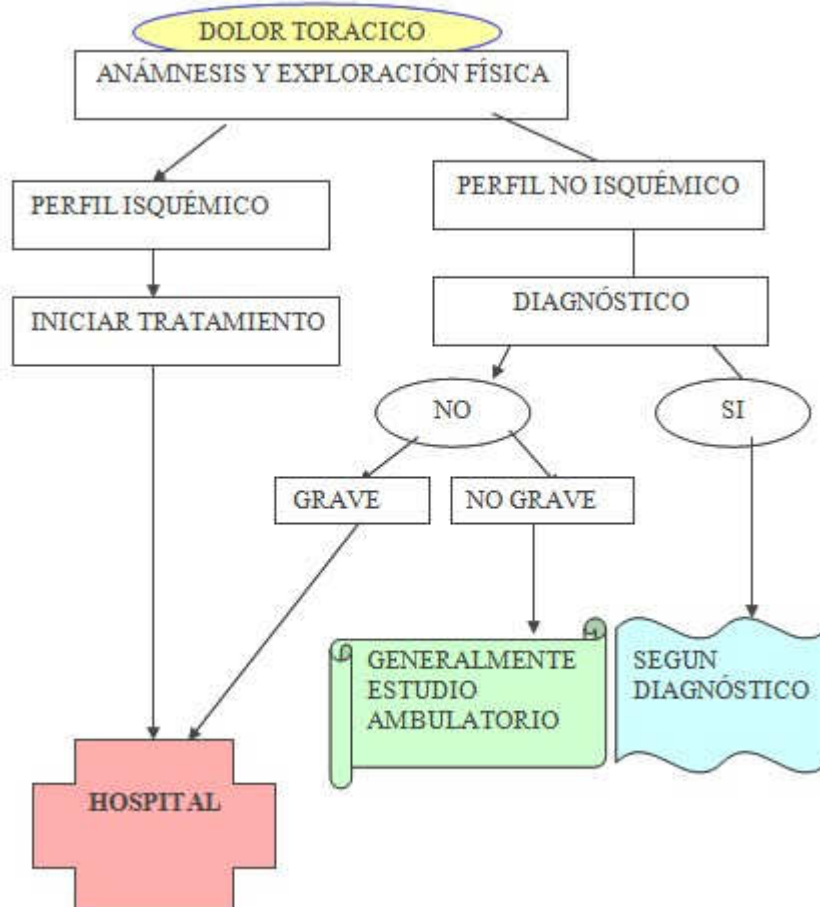
El diagnóstico de dolor torácico va a incluir las siguientes entradas según el CIE-9:

- 786.50 - Dolor torácico, sin especificar.
- 786.51 - Dolor precordial
- 786.52 - Respiración dolorosa (Dolor de la pared torácica anterior, pleurodinia).
- 786.59 - Otros dolores torácicos (Incomodidad, opresión, presión en el pecho). Excluye dolor de mama.

El dolor torácico es una causa frecuente de consulta urgente porque quien lo padece piensa en primer lugar en la posibilidad de que se trate de una angina de pecho o infarto agudo de miocardio (IAM), lo cual a su vez constituye un factor más de ansiedad y angustia para el paciente que lo sufre.

El objetivo ante un paciente con dolor torácico es realizar una rápida evaluación, para descartar la cardiopatía isquémica como fuente del dolor debido al riesgo vital de estos pacientes y al tratamiento específico que necesitan. Tras la primera evaluación, se procederá al inicio de su asistencia y traslado rápido y adecuado al punto asistencial adecuado donde pueda recibir tratamiento definitivo si es necesario.

II.- ACTUACIÓN EXTRAHOSPITALARIA ANTE DOLOR TORÁCICO AGUDO NO TRAUMÁTICO.



III.- CLASIFICACIÓN DEL DOLOR TORÁCICO

A. Según su origen.-

El dolor torácico puede ser de origen visceral o central, se produce en esófago, miocardio, tráquea, bronquios, pericardio, arterias pulmonares, aorta y mediastino. De origen parietal originado por trastornos en la pared torácica, pleura parietal o columna torácica. También puede ser referido de estructuras fuera del tórax como la columna cervical y el abdomen. O incluso tener un origen psicológico.

B. Según la clínica.-

Esta es la clasificación que tiene un mayor valor clínico, por lo que nos centraremos en ella en esta exposición. Distinguimos el dolor pleurítico, se desencadena con los movimientos respiratorios, por lo que el paciente se hace consciente de la respiración y suele acompañarse de sensación disneica. Suele ser de comienzo agudo, severo y típicamente unilateral. Tiende a ser localizado.

Dolor mecánico, no suele ser tan severo como el dolor pleurítico, no dificultando la respiración normal, pero sí se agrava con la respiración profunda, la tos y los movimientos. Suele presentar dolor a la presión sobre la zona afectada.

Dolor anginoso, es de tipo constrictivo, de límites imprecisos, generalmente localizado en la región anterior y central del tórax, con posible irradiación a brazos, cuello o epigastrio, y cuya intensidad y duración es variable. No se modifica con la tos o los movimientos torácicos o respiratorios. Puede presentar factores desencadenantes como el ejercicio, tensión emocional o la ingesta. Se alivia, característicamente entre 2 y 10 minutos tras iniciar reposo, y entre 1 y 3 minutos tras aplicar nitritos vía sublingual.

Dolor quemante, lo definen los pacientes como ardor o quemazón en la región anterior y central del tórax.

IV.- DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en una correcta anamnesis y una adecuada exploración física que debería incluir también pruebas de imagen (lo cual es imposible en la actualidad en la atención prehospitalaria).

A. Anamnesis

En muchas ocasiones el diagnóstico resulta sencillo sólo con la historia clínica bien dirigida, analizando además la personalidad del paciente, contexto familiar, social y laboral. Otras veces es complicado diagnosticar la causa ya que un gran número de patologías pueden producir dolor en esa zona debido a la inervación de la zona y a que el dolor visceral tiene cualidades muy parecidas independientemente del órgano afectado.

Todo ello implica que para el diagnóstico aparte de la localización va a ser importante la forma y rapidez de inicio, irradiación, intensidad, temporalidad, etc. Es muy importante preguntar por las circunstancias que agravan, alivian o no tienen efecto en el dolor, así como los síntomas asociados: disnea con palpitaciones, tos y expectoración o hemoptisis (sugieren enfermedad pulmonar), disfagia con odinofagia (sugiere enfermedad esofágica), náuseas, vómitos, diarrea, distensión abdominal y dolor abdominal (origen gastrointestinal). El dolor retroesternal que se irradia a mandíbula y/o miembro superior izquierdo sugiere isquemia miocárdica, mientras que el irradiado a la espalda es más típico de patología esofágica.

Son importantes los antecedentes traumáticos, así como la variación del dolor con la postura o la palpación, ya que pueden orientar hacia una patología parietal o vertebral y no visceral. El dolor localizado a un lado del tórax puede indicar lesión muscular, síndrome miofascial, fracturas o tumores costales, pleuritis, neumonías, etc. El localizado en región precordial puede indicar patología esternal como fracturas, mediastinitis, tumor mediastínico, alteraciones de la motilidad esofágica, angor coronario, etc. El dolor en la parte posterior suele deberse a trastornos músculo esqueléticos posturales, patología vertebral como osteoporosis, aplastamientos, hernias discales, fracturas, etc. o bien a patología muscular paravertebral y de la cintura escapular. El dolor radicular sobre una región previamente afectada por Herpes Zoster sugiere neuralgia postherpética.

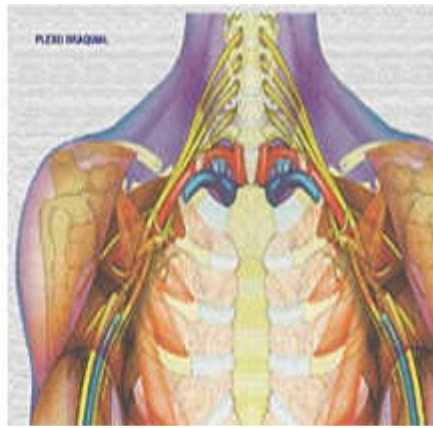
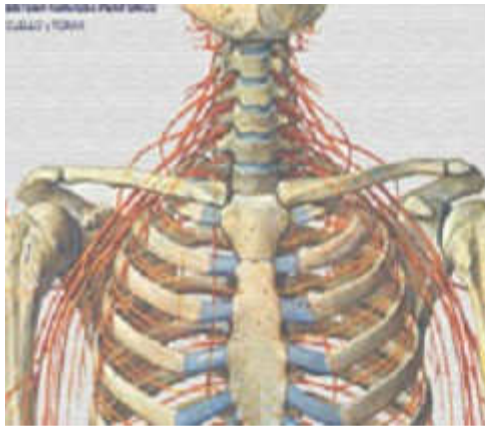
Dolor torácico agudo no traumático .2

B. Exploración física

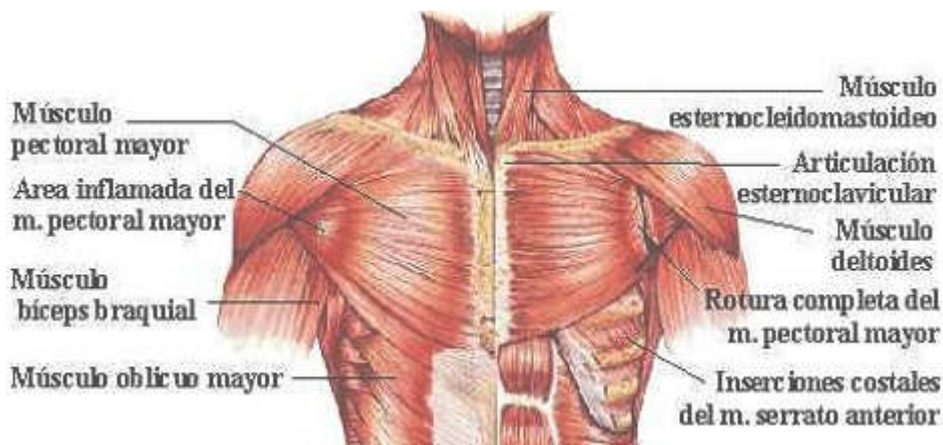
En todo paciente que presente dolor torácico debe realizarse:

- Determinación de las constantes físicas: temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca, glucemia, etc.
- Inspección torácica: hematoma, lesiones herpéticas, etc.
- Exploración osteomuscular: articulaciones condroesternales, columna cervical y dorsal, del hombro, etc.
- Inspección, palpación y auscultación cardiopulmonar y del cuello.
- Exploración de las extremidades: pulsos periféricos, maniobra de Homans, etc.

Inervación del tórax

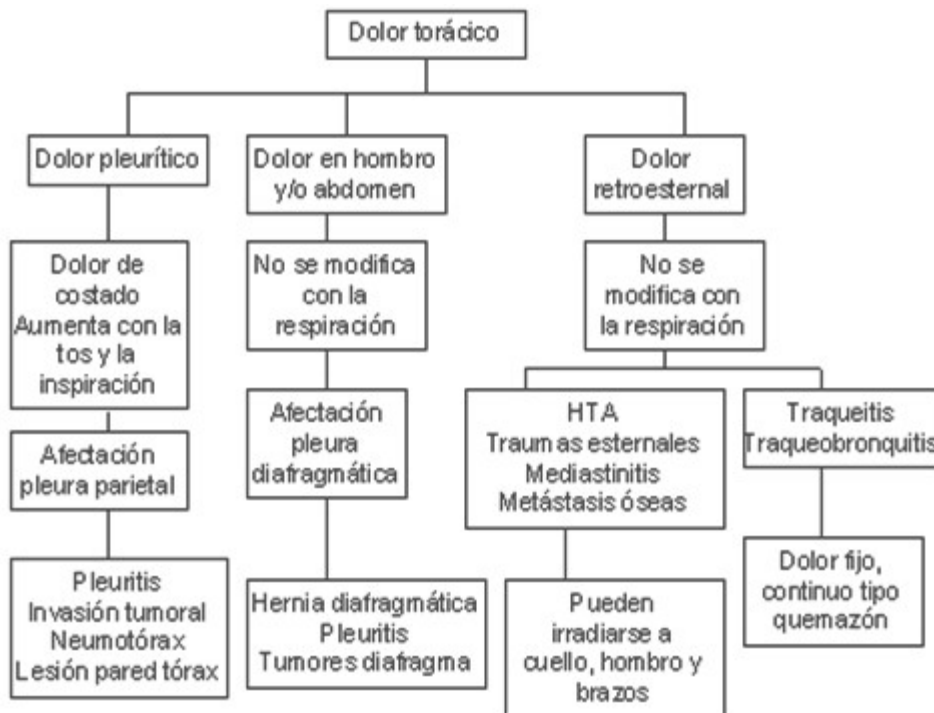


Músculos torácicos



V.- DOLOR MECÁNICO O MUSCULOESQUELÉTICO

Se le considera el responsable de al menos el 10% del dolor torácico de origen no cardíaco. Existe una larga lista de entidades responsables de dolor a este nivel, nos referiremos a las más frecuentes.



Dolor de origen parietal musculoesquelético

1. Síndromes locales

- Dolor vertebral
- Síndrome del compartimento anterior
- Síndrome del compartimento posterior
- Síndrome del compartimento medio
- Dolor de la pared anterior del tórax
- Costo condritis
- Síndrome de Tietze
- Síndrome esternoclavicular
- Artritis del manubrio esternal
- Síndrome de la costilla flotante
- Síndrome del xifoides doloroso
- Síndromes miofasciales
- Dolor muscular traumático y mialgia por sobreesfuerzo

2. Precordial catch syndrome: mialgia epidémica

3. Síndromes sistémicos

- Fibromialgia
- Artritis reumatoide
- Osteoartritis
- Artropatías por cristales: gota y pseudogota
- Psicógeno

A) SÍNDROMES LOCALES

1.- Dolor de origen vertebral.

La etiopatogenia de las enfermedades de la columna dorsal es similar a la de las regiones lumbar y cervical, con algunas particularidades. Pueden ser causa de dolor las siguientes estructuras:

- Discos intervertebrales: La percepción del dolor parece relacionarse con la localización anatómica del desgarramiento anular. Las roturas anteriores pueden producir dolor referido a estructuras extraespinales como las costillas, pared torácica, esternón, estructuras viscerales dentro del tórax o parte superior del abdomen. Los desgarramientos laterales suelen producir dolor radicular en la zona correspondiente y los posteriores dolor dorsal local o difuso.
- Articulación costo vertebral: Se han descrito casos de dolor pseudovisceral causados por esta articulación en diversos estudios. El dolor en estos casos se refería al tórax, abdomen, costados y región paraespinal.
- Articulación costotransversa
- Articulaciones interapofisarias torácicas: pueden ser de origen torácico, y se han elaborado mapas de áreas de dolor referido con la estimulación dolorosa de las distintas articulaciones.
- Raíces nerviosas torácicas: son una fuente potencial de dolor, provocan dolor radicular siguiendo su curso por debajo de la costilla. El dolor radicular puede ser debido a herniaciones discales torácicas, secuelas de artrosis, fracturas por compresión y escoliosis.
- Elementos óseos torácicos: fracturas, tanto traumáticas como patológicas o por osteoporosis.
- Sistema simpático torácico: teóricamente su lesión podría producir cuadros de dolor mantenido por el simpático. Se han descrito casos de compresión de troncos simpáticos por tumores, aneurismas, abscesos y osteofitos, produciendo síntomas deficitarios simpáticos, pero no síndromes dolorosos.

Dolor toracico agudo no traumatico .3

2.- Dolor condrocotal.

La costocondritis, definida por dolor en las articulaciones condroesternales o costocondrales, es la entidad más frecuente del llamado Síndrome de dolor en la pared torácica anterior. La importancia de este síndrome es que a menudo simula al dolor por isquemia coronaria, o se asocia al mismo, motivo por el que es esencial hacer el diagnóstico diferencial. La etiología es desconocida en muchos enfermos, y a veces se pueden identificar posibles desencadenantes como traumatismos en la pared torácica anterior, tos crónica, exceso de uso de la extremidad superior, esternotomía media en pacientes sometidos a cirugía cardíaca, inflamaciones inespecíficas de las articulaciones costoesternales, etc. Se caracteriza por dolor en la pared anterior del tórax que se irradia ampliamente por la región preesternal y a veces a la espalda y abdomen, de carácter sordo y continuo. La palpación de las articulaciones afectadas provoca dolor agudo y reproduce la irradiación. La presión firme sobre el esternón y uniones paraesternales izquierda y derecha, espacios intercostales, costillas, músculo pectoral, etc., reproduce el dolor.

Cuando la sintomatología afecta al 2º y 3º cartílagos intercostales, se habla del Síndrome de Tietze.

Los cartílagos afectados con mayor frecuencia en la costo condritis son del 2º al 5º, y no suele producirse inflamación de los mismos, al contrario que en el Síndrome de Tietze. Cuando afecta a cartílagos inferiores, el dolor puede referirse a la parte superior del abdomen y confundirlo con un cuadro abdominal.

El dolor se caracteriza por una fase aguda, que hace que con frecuencia sea diagnosticado en un servicio de urgencias y una fase crónica que puede durar meses.

3.- Síndrome de Tietze.

Como se ha mencionado antes, se trata de una costo condritis aislada del 2º y/o 3º espacio intercostal. Se

produce una reacción inflamatoria del cartílago costal con hinchazón a menudo visible en la exploración, que puede crecer hasta ocupar los espacios intercostales adyacentes. No se produce supuración y es de carácter autolimitado. Etiología desconocida pero con frecuencia precedida de manifestaciones reumáticas y asociado al igual que la costo condritis a tos crónica, malnutrición, trabajos manuales duros, etc. La clínica es también similar y el dolor sigue un curso de exacerbaciones y remisiones que suele durar algunas semanas o meses. La hinchazón puede persistir años.

4.- Síndrome esternoclavicular.

También denominado hiperostosis esternoclavicular (Síndrome SAPHO). Es un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas que suele manifestarse como inflamación de clavículas, región esternoclavicular, primeras costillas de forma bilateral, a veces articulación sacroilíaca, y columna vertebral.

Puede presentarse de forma aguda con dolor en cuello, hombro, brazo o tórax con niveles altos de inflamación. O bien de forma crónica con periodos de reagudizaciones y remisiones. Se caracteriza por artritis, hiperostosis y lesiones osificantes en las inserciones tendinosas y ligamentosas.

5.- Síndrome de costilla deslizante.

Síndrome doloroso causado por un aumento de la movilidad de los cartílagos costales de la 8ª, 9ª o 10ª costilla. Se piensa que es debido a la debilidad o rotura del tejido fibroso que une la porción anterior de una de estas costillas a la adyacente. Un traumatismo puede provocar la separación de los cartílagos costales, haciendo que los extremos cartilagosos se curven hacia arriba permitiendo así que una costilla roce con otra con la respiración o movimientos torácicos, irritando el nervio intercostal correspondiente y provocando dolor referido al abdomen o pared torácica anterior. A veces no existe ningún traumatismo previo.

6.- Síndromes miofasciales.

Dolor torácico crónico causado por alteraciones musculares, es muy frecuente. Suele aparecer de forma gradual, aunque a veces se manifiesta con episodios agudos que pueden ser confundidos con dolor coronario. Se han descrito casos de dolor torácico referido por síndrome miofascial de los músculos masticatorios y posturales del cuello en el síndrome de la articulación temporomandibular.

A) PRECORDIAL CATCH SYNDROME

Entidad benigna de etiología incierta, caracterizada por dolor brusco, breve, no localizado, no irradiado, no relacionado con el ejercicio, que aumenta con la inspiración. Los episodios duran varios minutos y se resuelven espontáneamente. Carece de tratamiento específico.

B) SÍNDROMES SISTÉMICOS

Dolor torácico de origen psicógeno.

Antes de diagnosticar el origen psicógeno del dolor es imprescindible descartar todas las posibles causas orgánicas. Existen parámetros que apoyan la posibilidad de un origen psicógeno una vez descartadas la patología orgánica.

- Dolor localizado en el ápex cardíaco y no en el centro del tórax.
- Descripción dramática sin seguir ningún patrón fisiológico.
- La distribución del dolor no sigue un patrón anatómico lógico
- Afectación de distintos sistemas o diferentes patrones de dolor en diferentes ocasiones.
- El dolor no despierta al paciente por la noche, pero puede presentarse tras levantarse.
- Suele tener un desencadenante emocional y se suelen asociar síntomas y signos de ansiedad, depresión o neurosis.
- Responde de forma muy variable a los tratamientos.

VI.- TRATAMIENTO

Debe tratarse de forma individualizada según las necesidades clínicas del paciente e ir avanzando escalonadamente en las distintas opciones terapéuticas si así lo requiriese la situación. La primera medida a tomar en todos los casos y casi la más importante va a ser tranquilizar al paciente mediante las oportunas explicaciones que le lleven la convicción de que no sufre una enfermedad cardíaca grave.

En algunos pacientes se pueden tratar problemas músculo esqueléticos obvios con AINES y analgésicos e incluso a veces corticoides. Aunque puede no descartarse anomalías de la motilidad esofágica, es frecuente el reflujo esofágico en pacientes con coronarias normales, estos deben ser tratados en primer lugar con antiácidos e inhibidores de la bomba de protones, y en caso de no responder a la medicación deben ser derivados para un estudio digestivo. En pacientes con síntomas persistentes y discapacidad importante, que a menudo coexisten con problemas psicológicos, está indicado el tratamiento psicofarmacológico y psicológico.

VII.- RESUMEN

El dolor torácico agudo no traumático hace referencia a todo dolor significativo de tórax, de más de unos segundos de duración, sin aparente relación con un traumatismo ni lesiones visibles o palpables en el tórax.

El objetivo ante un paciente con dolor torácico es realizar una rápida evaluación, para descartar la cardiopatía isquémica como fuente del dolor debido al riesgo vital de estos pacientes y al tratamiento específico que necesitan. Tras la primera evaluación y la consecuente clasificación y diagnóstico se procederá al inicio de su asistencia y traslado al punto asistencial adecuado donde pueda recibir tratamiento definitivo si es necesario.

Al dolor mecánico o músculo esquelético se le considera el responsable de al menos el 10% del dolor torácico de origen no cardíaco. Existe una larga lista de entidades responsables de dolor a este nivel, las más frecuentes son.- Mialgia epidémica, Fibromialgia, Artritis reumatoide, Osteoartritis, Origen psicógeno, Artropatías por cristales, Costo condritis, Síndrome de Tietze, etc.

En cuanto al tratamiento, lo debemos enfocar de forma individualizada según las necesidades clínicas del paciente e ir avanzando escalonadamente en las distintas opciones terapéuticas si así lo requiriese la situación.

VIII.- PALABRAS CLAVE

Dolor torácico mecánico, Dolor torácico músculo esquelético, Diagnóstico, Atención extrahospitalaria, Tratamiento, Paciente.

Dolor toracico agudo no traumatico .4

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez, F.J. "Medicina de Urgencias: Guía Terapéutica". Ediciones Harcourt. Madrid. 2006.
- Coto López A. Morale J. M. Gutiérrez Rodero F. González E. "Dolor torácico" en: Gutiérrez Rodero F. García Díaz J.D. eds. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, 2ª ed. Madrid, 1990; 165-172.
- Rutherford, J. D.; Braunwald, E.: Diagnóstico diferencial del dolor precordial. En: Braunwald E: Tratado de Cardiología, 4ª edición. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1.993; pág: 1448-1449.
- James H. Chesebro. La clínica del dolor torácico en el Servicio de Urgencias: abordaje de los pacientes y relación coste-eficacia. Grandes temas de la cardiología: avances hacia el cambio de siglo. 1998, American College of Cardiology.
- Peñalver Pardines C, Cabrera Solé R, Lucas Imbernón FJ, Pérez Gómez F. Diagnóstico diferencial del paciente con dolor torácico. En: Cabrera Solé R, Peñalver Pardines C, eds. Urgencias en medicina diagnóstico y tratamiento. Madrid: Aula Médica, 1997; 27-33.
- Fernández Mendoza B. "Dolor torácico en el servicio de urgencias: un reto por enfrentar". Revista Colombiana de Cardiología. 2003; 10 (8) 455 – 63.
- Saura Agel P. "Salas de observación del dolor torácico en urgencias. Un concepto funcional o estructural". Med. Intensiva. 2005; 29 (9): 475-6
- Ramos HR, Salas LM. "Triage de pacientes con dolor torácico. Papel de la enfermera en la categorización inicial. Sistemas de Triage". Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2005; 34 (1) 34 – 43.

